

LA RELATION ET LES POSTURES DANS LE RÔLE INFIRMIER SPÉCIFIQUE DES SOINS À DOMICILE

Travail de Bachelor

Une revue de littérature étoffée

Par

Aline Marmy

Promotion 2011-2014

Sous la direction de Mme Marie-Noëlle Kerspern

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

Le 12 janvier 2015

RÉSUMÉ

Contexte : Les soins à domicile sont actuellement en plein essor, notamment en raison du vieillissement de la population et du virage ambulatoire des systèmes de santé. Le domicile est cependant un cadre de soins très différent des milieux institutionnels, qui restent la référence, pour les soins infirmiers. Or la relation soignante, influencée par le contexte, sera inévitablement modifiée.

But : ce travail a pour objectifs d'identifier les enjeux du contexte du domicile sur la relation soignante et de ressortir les éléments importants de la relation et des positionnements à prendre en compte pour optimiser la relation et la posture des infirmières dans ce contexte.

Méthode : il s'agit d'une revue de littérature étoffée comprenant 10 articles scientifiques, issus des bases de données CINAHL, Cochrane, Pubmed et Google.

Résultats : la relation entre les soignants et les patients est plus égalitaire et réciproque. Une proximité s'installe, qui franchit les barrières strictement professionnelles. Cette proximité nécessite toutefois un cadre et le maintien de distances dans la relation, qui passe beaucoup par la notion de respect du territoire et les réflexions éthiques de la part des soignantes. Le rôle infirmier se modifie à domicile, il s'oriente vers la promotion de la santé et contient davantage d'aspects sociaux, qui font considérablement appel aux compétences sociales, relationnelles et personnelles des infirmières.

Conclusion : ce travail permet de mettre en évidence la nécessité de mieux décrire et définir la relation, la posture et le rôle spécifiques des infirmières à domicile, ceci afin de permettre une meilleure reconnaissance et une plus grande valorisation de leur rôle.

Mots-clés : home care services, community health nursing, nurse-patient relationship, distance, nurse's role

REMERCIEMENTS

L'auteure tient à remercier sa famille et ses amis pour leur précieux soutien durant l'élaboration de ce travail. Un remerciement tout particulier à Francine et Raymond Marmy pour leur temps consacré à la relecture de cette revue.

L'auteure remercie également sa directrice de travail, Mme Marie-Noëlle Kerspern, pour ses conseils et son suivi.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	2
Remerciements.....	3
Introduction.....	11
1 Etat de la question.....	12
1.1 Le contexte des soins à domicile.....	12
1.1.1 Les soins à domicile.....	12
1.1.2 Le contexte de soins.....	13
1.2 Les spécificités du domicile	13
1.3 Les adaptations des infirmières à domicile	14
1.3.1 Les adaptations liées à l'environnement	14
1.3.2 Les adaptations relationnelles	15
2 Cadres de référence.....	17
2.1 La relation soignante	17
2.2 L'interaction sociale.....	18
2.2.1 Le modèle psychosociologique de la communication	18
2.2.2 Échanges et réciprocité	19
2.2.3 Le positionnement.....	19
2.2.4 La posture	20
2.3 Le rôle infirmier	20
2.3.1 Le rôle infirmier.....	20
2.3.2 Le modèle d'intermédiaire culturel de Michel Nadot.....	21
2.4 Le rôle infirmier à domicile	22
2.4.1 La conception des soins de Marie-Françoise Collière	22
2.4.2 Activités et compétences des infirmières à domicile.....	23
2.4.3 Les modifications du rôle infirmier	23
3 Question de recherche.....	24

4	Objectifs et intérêts du travail	24
4.1	Objectifs	24
4.2	Intérêts pour les soins à domicile	25
4.3	Intérêts pour la pratique infirmière	25
4.4	Notre intérêt	25
5	Méthodologie	26
5.1	Type de devis	26
5.2	Méthode.....	26
5.3	Banque de données et mots-clés	27
5.4	Critères d'inclusion et d'exclusion.....	27
5.4.1	Critères d'inclusion.....	28
5.4.2	Critères d'exclusion	28
5.5	Stratégies de recherche.....	28
5.6	Articles exclus.....	30
5.7	Articles inclus.....	31
5.7.1	Références des articles.....	31
5.7.2	Contextes	32
5.7.3	Populations.....	32
5.7.4	Buts	33
5.7.5	Méthodes.....	33
6	Résultats.....	34
6.1	Point de vue des professionnels	34
6.1.1	La relation à domicile	34
6.1.2	Une redéfinition des postures	38
6.1.3	Le rôle professionnel	41
6.1.4	Le cadre éthique dans les interactions	43
6.1.5	Synthèse du point de vue des professionnels.....	45

6.2	Point de vue des patients	46
6.2.1	La relation, vue par les patients	46
6.2.2	Les postures, vues par les patients	49
6.2.3	La notion de respect	50
6.2.4	L'autonomie des patients	52
6.2.5	Synthèse du point de vue des patients	53
6.3	Synthèse des résultats	54
7	Discussion	55
7.1	Regard critique et limites de nos études	55
7.2	Discussion des résultats en lien avec la problématique	56
7.2.1	La relation spécifique à domicile	56
7.2.2	Les modifications des postures	61
7.2.3	Le rôle infirmier	64
7.3	Réponses à la question de recherche	69
7.4	Limites et points forts de notre revue de littérature	70
8	Perspectives	71
8.1	Implications et propositions pour la pratique	71
8.2	Propositions de recherches ultérieures	72
9	Conclusion	73
10	Références	74
10.1	Articles scientifiques inclus dans la revue de littérature	74
10.2	Références du travail	75
	ANNEXES	82
1	Déclaration d'authenticité	82
2	Portrait des SAD	83
2.1	Au niveau international	83
2.2	Au niveau suisse	84

3	Place des SAD dans le domaine socio-sanitaire suisse.....	85
4	Augmentation des demandes d'intervention à domicile.....	86
4.1	Liée à l'évolution démographique	86
4.2	Liée à un changement de politique de santé.....	87
5	La santé publique suisse	88
5.1	Cadre législatif suisse.....	88
5.1.1	Généralités	88
5.1.2	Prestations OPAS.....	88
5.1.3	Responsabilités médicales et infirmières	89
5.1.4	La loi dans les faits	89
5.1.5	Initiative Joder	90
5.2	Cadre législatif fribourgeois.....	91
6	Formation complémentaire ?	92
7	Description de la fonction infirmière selon la FASDS	93
8	Le domicile	94
8.1	« A chacun son chez soi »	94
8.2	Un environnement« vivant ».....	95
9	L'intimité à domicile	96
9.1	Besoin de protégerl'intime	96
9.2	Les distances intimes.....	97
10	L'autonomie à domicile	98
10.1	L'autonomie selon l'ASI	98
10.2	L'autonomie selon Major et Pépin	99
10.3	Implications pour l'infirmière à domicile.....	100
11	Les dilemmes des patients: dépendance, aide ou intrusion ?.....	101
12	Inversion des rôles à domicile	102
13	Relation professionnelle et HES	103

14	Le modèle psychosociologique de la communication	104
14.1	La personnalité des individus	104
14.2	La situation commune	104
14.3	La signification et le sens de la relation	104
14.4	Échanges et réciprocité	105
15	Le modèle d'intermédiaire culturel de Michel Nadot.....	106
15.1	L'intermédiaire culturelle	107
16	Le rôle autonome à domicile	108
16.1	L'autonomie infirmière	108
16.2	L'autonomie selon Piguet.....	109
17	Le sens des SAD différent	110
17.1	Rôle autonome versus rôle médico-délégué.....	110
17.2	Le sens du soin à domicile différent du milieu hospitalier.....	111
17.3	La référence de l'hospitalocentrisme.....	111
17.4	Les soins vus différemment.....	112
18	La conception des soins de Marie-Françoise Collière	113
19	Activités et capacités des infirmières à domicile.....	114
19.1	Activités spécifiques.....	114
19.2	Capacités spécifiques.....	114
19.2.1	L'adaptation	114
19.2.2	La collaboration	114
19.2.3	L'évaluation des besoins.....	115
19.2.4	Les capacités « promotionnelles » de santé	116
20	Référentiel de compétences de la FASDS	120
21	L'éthique dans le rôle infirmier à domicile	124
21.1	Généralités	124
21.2	Le cadre éthique à domicile.....	124

21.3	L'éthique au sein de l'autonomie	125
21.4	Les questions éthiques à domicile	125
21.4.1	Le devenir du client	126
21.4.2	Le professionnel pas respecté	126
21.4.3	Sentiment d'impuissance ou de malaisance	126
21.4.4	Le réseau n'entend pas mes difficultés	127
21.4.5	Le respect de l'équité	127
21.4.6	Le respect de la confidentialité	127
21.5	Implications des questions éthiques pour l'infirmière.....	128
22	Grille de recherche des articles	129
23	Grilles E1	137
23.1	Grilles d'analyse critique.....	137
23.2	Grille traduction-résumé.....	144
24	Grilles E2	152
24.1	Grille d'analyse critique	152
24.2	Grille traduction-résumé.....	159
25	Grilles E3	164
25.1	Grille d'analyse critique	164
25.2	Grille traduction-résumé.....	170
26	Grilles E4	175
26.1	Grille d'analyse critique	175
26.2	Grille traduction-résumé.....	180
27	Grilles E5	185
27.1	Grille d'analyse critique	185
27.2	Grille traduction-résumé.....	190
28	Grilles E6	194
28.1	Grille d'analyse critique	194

28.2	Grille traduction-résumé.....	200
29	Grilles E7	206
29.1	Grille d'analyse critique	206
29.2	Grille traduction-résumé	211
30	Grilles E8	215
30.1	Grille d'analyse critique	215
30.2	Grille traduction-résumé.....	220
31	Grilles E9	225
31.1	Grille d'analyse critique	225
31.2	Grille traduction-résumé.....	230
32	Grilles E10	235
32.1	Grille d'analyse critique	235
32.2	Grille traduction-résumé.....	240

INTRODUCTION

Le domicile ouvre des portes sur des aspects sociaux et environnementaux différents du contexte hospitalier. La relation et les postures, des soignants et des patients, nous paraissent différentes à domicile, c'est pourquoi nous souhaitons, dans notre travail de recherche, mieux comprendre l'influence du domicile sur la relation et déterminer les éléments importants à prendre en compte pour le rôle infirmier.

Pour parvenir à ces objectifs, nous allons recueillir les connaissances actuelles relatives au contexte du domicile et développer les cadres de références liés à notre thématique, à savoir la relation soignante et le rôle infirmier qui cadre les postures des professionnels. Le développement de cette problématique va nous permettre d'aboutir à une question de recherche précise.

Nous rechercherons ensuite des articles scientifiques pouvant répondre à notre questionnement, en suivant une procédure de recherche méthodologique. Nous argumenterons le choix des articles et dresserons un portrait des études retenues.

Par la suite, après une analyse des dix articles inclus dans notre revue de littérature, nous exposerons leurs principaux résultats et les discuterons, en faisant des liens avec nos cadres de référence. Les réponses à notre question de recherche seront mentionnées et nous parlerons également des limites de notre travail initiatique à la recherche scientifique. Finalement les perspectives pour la pratique professionnelle seront mises en évidence.

1 ETAT DE LA QUESTION

1.1 LE CONTEXTE DES SOINS À DOMICILE

1.1.1 LES SOINS À DOMICILE

Les soins à domicile [SAD] s'inscrivent dans les soins de santé communautaire (Brunner et Suddarth, 2011, p.23) et ambitionnent, en Suisse, essentiellement le maintien à domicile avec une forte orientation sur la promotion de la santé (annexe 2). Seul 2,43 % des infirmières, en Suisse, travaillent dans le secteur des SAD (Office Fédérale de la Statistique [OFS], 2013, p.2), contre 60% en hôpitaux ou 30% en établissements pour personnes âgées (Observatoires Suisse de la santé [OBSAN], 2009, p.7). Ce secteur de soins affiche cependant une augmentation quasi constante depuis l'an 2000, (OFS, 2013, p.4), ce qui démontre un secteur en pleine croissance (annexes3 et 4), méritant d'être exploré.

Plusieurs facteurs semblent liés à cette augmentation : le vieillissement de la population (annexe4.1), l'augmentation des maladies chroniques (annexe4.1) et les changements politiques du système de santé qui déplacent une partie des soins techniques à domicile (annexe 4.2). Bien que les personnes âgées soient les bénéficiaires majoritaires de SAD (OFS, 2013), les infirmières rencontrent des patients aux profils très variés ; des accompagnements de fin de vie sont fréquemment demandés, tout comme des soins aigus plus techniques (Zeugin, 2010), mais aussi des soins psychiatriques ou psychosociaux (Zeugin, 2010, Saillant& al, 1994). Devant cette variété de profils, l'infirmière devra maîtriser non seulement les soins techniques de pointe, mais aussi la relation d'aide, et pouvoir s'adapter rapidement aux différentes demandes et besoins selon les situations. Les services de SAD publiques sont régis par les instances de la santé publique au niveau Suisse (annexe 5) et suivent les lignes directrices de l'Association Suisse des Services d'Aide et de Soins à Domicile [ASSASD].Aucune formation complémentaire n'est obligatoire pour une infirmière travaillant au sein des SAD, mais une certaine expérience semble tout de même souhaitable selon certaines organisations et d'un point de vue légal (annexe 6).

Un portrait des SAD étant maintenant dépeint, nous allons à présent regarder l'importance du contexte dans les soins.

1.1.2 LE CONTEXTE DE SOINS

L'importance et l'influence du contexte sur les soins sont soulevées par plusieurs auteurs (Pretto & Mitchell, 2004, Nadot, 2014, Fornerod, 2010). L'environnement est vu comme dans l'un des systèmes culturels influençant le rôle infirmier (Nadot, 2014) et les soins sont indissociables du lieu où ils sont fournis selon Pretto et Mitchell (2004p.13). Selon Fornerod (2010), le contexte est un lieu de représentations, de normes très souvent implicites où chacun intervient selon son statut. L'ensemble des facteurs de l'environnement influencent les interactions (Fornerod, 2005, p. 159). Il s'agira alors pour les individus, ayant des mondes vécus différents, de partager leurs significations respectives afin de co-construire un univers de référence commun (un monde de significations partagées) (Fornerod, 2010).

Le contexte conditionne donc les soins, au travers des informations véhiculées, la plupart du temps implicites. L'environnement apparaît aussi comme unique pour chaque personne, autant pour les soignants que pour les patients, de par les différences de statut et de représentations, spécifiques à chaque interaction et à chaque environnement.

L'importance du contexte étant démontrée, nous allons voir maintenant les spécificités du domicile.

1.2 LES SPÉCIFICITÉS DU DOMICILE

Le domicile est un contexte de soins particulier selon Djaoui (2004) : ce n'est pas un lieu de soins « neutre », il contient des symboles et des représentations propres à chaque personne (Djaoui, 2004, in Ennuyer, 2006, p. 21, 35). Le domicile est en effet tout d'abord un reflet de l'identité sociale et personnelle de chaque individu en divulguant des indices socio-économiques, culturels et personnels (annexe 8.1)

Les objets du domicile sont également ressentis comme un prolongement de l'identité (Kaufmann, 1997, in Ennuyer, 2006, p.39, Leduc et Delcourt, 2007, p. 147, Flem, 2004, in Ennuyer, 2006, p.40). Les objets prolongent d'une part l'identité psychique en la contenant (annexe 8.1) et d'autre part, les objets se rapprochant du corps physique devront être traités avec autant de respect que le corps physique du patient (annexe 8.2).

Tout comme le corps, le domicile est un espace intime (annexe 9) qui est habituellement considéré comme un abri, protégeant du « dehors » (Ennuyer, 2006, p.21). Cependant lors de SAD, les barrières protectrices du domicile, qui sont en principe soulevées

seulement pour les proches (Potier, 2002, p. 177), sont annihilées et les patients doivent dévoiler leur intimité à des « non-proches » (annexe 9.1). Une régulation des distances intimes sera dès lors nécessaire afin de préserver l'intégrité du patient et la relation avec les infirmières travaillant à domicile (annexes 9.1 et 9.2).

Le domicile est également le lieu par excellence où s'exerce l'autonomie des patients (Leduc & Delcourt, 2007). Cette notion est omniprésente à domicile (annexe 10), autant pour les patients afin qu'ils se sentent « encore maîtres chez eux » (Ennuyer, 2006, p.19) que pour les infirmières qui ont pour objectif le maintien de l'autonomie du patient (www.spitex.ch, 2013). Les capacités relationnelles et morales des infirmières seront ici mises à contribution, afin de respecter et promouvoir au mieux cette autonomie (annexes 10.1, 10.2, 10.3).

Finalement, le domicile crée une inversion des rôles des infirmières et des patients par rapport au milieu hospitalier (annexe 12). Le patient est sur son territoire à domicile, et c'est l'infirmière qui devient l'invitée, contrairement à l'hôpital où elle œuvre en terrain connu (Pretto & Mitchell, 2004, p.13-14). Cette inversion des territoires crée également des dilemmes chez les patients, qui ne veulent pas perdre leur souveraineté (annexe 11).

Nous constatons que le contexte du domicile possède de nombreuses spécificités auxquelles les infirmières devront être attentives. Nous allons maintenant approfondir les activités soignantes et regarder dans quelle mesure elles sont modifiées au travers des cadres de référence.

1.3 LES ADAPTATIONS DES INFIRMIÈRES À DOMICILE

1.3.1 LES ADAPTATIONS LIÉES À L'ENVIRONNEMENT

Le fait que l'infirmière ne soit pas en terrain neutre à domicile implique des adaptations de sa part, différentes, selon le patient et le domicile. Celui-ci étant empreint de symboliques et de représentations pleines de sens et différentes pour chaque patient. Il en découle pour l'infirmière un changement de positionnement; passant ainsi de la position « experte » connue du milieu hospitalier à une approche relationnelle respectueuse, non-intrusive (le soignant rentre dans une proximité qui touche l'intimité du patient), à l'écoute du patient et de ses choix de vie afin de promouvoir son autonomie. L'infirmière devra alors utiliser pleinement ses compétences relationnelles afin de gagner la confiance du patient et ainsi pouvoir construire un but commun

(Fornerod, 2005). Cette confiance se construit également, selon Peplau (1995), par une adaptation au moment présent et un respect du rythme du patient (p.45). L'infirmière doit alors faire preuve de patience et établir un climat propice avant de pouvoir orienter le patient vers le but de la visite (Peplau, 1995, p.45). Malheureusement cela n'est pas toujours possible en raison des contraintes institutionnelles (limites de temps), ce qui peut créer des tensions chez l'infirmière et/ou le patient, lesquelles peuvent ensuite nuire à leur relation. Les compétences relationnelles se retrouvent ici en première ligne dans les soins, afin de créer une relation de confiance, dans des contextes en perpétuel mouvement.

1.3.2 LES ADAPTATIONS RELATIONNELLES

Les compétences relationnelles sont énormément sollicitées chez l'infirmière à domicile durant toutes ses interventions, notamment, nous allons le voir ici, par rapport aux notions d'intimité et de distance relationnelle.

1.3.2.1 LA GESTION DE L'INTIMITÉ

Nous estimons que cette notion mérite une attention particulière car, même si l'intimité est incontournable dans les soins infirmiers (Fabrégas, 2001), nous avons vu qu'elle est très présente dans le contexte du domicile(annexe 9) car l'infirmière rentre dans ce qui est normalement de l'ordre du privé. Cette entrée dans l'habitation peut être ressentie comme une agression (annexe 9) et la soignante se doit d'être très prudente et respectueuse dans son approche afin de ne pas blesser cette sphère privée. L'intimité peut cependant évoluer au fur et à mesure que la relation se construit (Vérani, 2001, p. 32-33). La gestion de cette intimité soulève aussi des questionnements, autant pour le soignant que pour le patient (Vérani, *ibid*, p. 32-33), car cette notion vient toucher les tabous de chacun et se confronte à l'ambivalence de la retenue sociale, aux besoins et aux limites de chacun (Vérani, *ibid*, p. 32-33).

C'est justement cette question des limites que nous allons approfondir maintenant en la reliant aux distances appropriées, car l'intimité est possible dans la relation lorsque l'on trouve une juste distance (Hue, 2009, p.197).

1.3.2.2 LA GESTION DES DISTANCES

Un savant dosage des distances et des limites relationnelles est nécessaire dans la relation professionnelle et il fait pleinement partie du rôle de l'infirmière selon Rioult (2001, p.38). Nous avons vu également qu'une distance est nécessaire, non seulement physiquement, mais surtout psychiquement, afin de préserver l'intégrité de la personne soignée (annexe 9.2). La distance doit être suffisamment grande afin d'éviter un sentiment d'envahissement chez le patient, tout en permettant de créer une relation. Ce sera là tout « l'art » de l'infirmière à domicile (Ennuyer, 2006, p. 40). Cette difficulté peut s'expliquer car l'intrusion est une réalité à domicile (Leduc & Delcourt, 2007, p.146) et les frontières qui délimitent l'intimité ne sont pas toujours repérables par les soignants (Leduc & Delcourt, 2007, p.148). La capacité à discerner ces frontières invisibles va dépendre à la fois de la personnalité de l'infirmière et de son évaluation de la situation (Peplau, 1995, p. 43). Les compétences relationnelles et personnelles des infirmières semblent dès lors indéniables, teintées d'une certaine dose de clairvoyance.

Concrètement, certaines soignantes utilisent la technicité des soins comme rempart (Leduc & Delcourt, 2007, p.146). Néanmoins, les interventions à domicile ne se limitent pas aux actes techniques, dès lors comment trouver les distances adéquates dans la relation ? Selon Rioult (2001), permettre au patient de conserver une certaine intimité permet d'ériger des barrières dans la relation qui sécurise et protège le patient (Rioult, 2001, p.38). L'infirmière devra être attentive à laisser une certaine part d'intimité au patient, laquelle évoluera en même temps que la relation (Vérani, 2011). Certains patients créent également leurs limites ou distances intimes en interdisant l'accès à certaines pièces, ou alors en refusant de parler de certains sujets (par exemple la mort du conjoint ou les relations conflictuelles avec un enfant) (Ennuyer, 2006, p.38). Ces mises à distance sont leur moyen de préserver une part d'intimité et par conséquent leur intégrité (Ennuyer, 2006, p.38). L'infirmière, consciente de ces aspects pourra plus facilement respecter ces limites et y trouver du sens. Nous retenons ici qu'il n'est pas simple de trouver cette juste distance et que celle-ci se définit par rapport à l'intimité, propre à chaque personne.

Après avoir dépeint le contexte et les spécificités du domicile, nous allons approfondir les cadres de référence liés à notre thématique.

2 CADRES DE RÉFÉRENCE

Nous allons dans ce chapitre tout d'abord développer les aspects relationnels entre les professionnels de la santé et les patients, au travers de la relation soignante et de l'interaction sociale. La relation professionnelle s'inscrivant dans le cadre du rôle infirmier, nous développerons ensuite ce cadre, de manière générale, puis, spécifiquement contextualisé dans les SAD.

2.1 LA RELATION SOIGNANTE

La relation est, selon le dictionnaire des soins infirmiers, «le lien entre deux personnes de statut différent : le patient et le professionnel de santé et a pour but d'aider et de soutenir le patient» (Potier, 2002, p. 281). Cette relation implique de la part du soignant : un engagement personnel, un minimum de disponibilité et une acceptation objective du patient, sans jugements de valeurs (Potier, 2002, p. 281). Nous voyons ici l'influence de l'éthique dans la relation, au travers du non-jugement. Ces différents aspects se retrouvent au sein de la deuxième compétence du référentiel de la Haute Ecole de Santé de Suisse Occidentale [HES-SO] (2009), lequel décrit aux étudiants les principes de base liés à la relation professionnelle, qui doit être à chaque fois individualisée, selon les caractéristiques de la clientèle (annexe 13).

Concrètement pour l'infirmière, chaque relation professionnelle s'inscrit dans un processus de soins, et l'intention relationnelle est consciente et réfléchie, après une analyse de la situation (Dayde et al, 2007, p. 39). Pour construire une relation, l'infirmière développe des attitudes et des habiletés d'écoute, d'empathie et d'authenticité (Dayde et al, 2007, p. 39), notions que nous retrouvons dans la relation d'aide selon Carl Rogers (www.heds-fr.ch, 2012). Nous voyons également que les bavardages sont autant utiles à la relation que l'écoute active (Dayde et al, 2007, p. 41), car ils contribuent à créer un climat de confiance, qui est à la base de la relation professionnelle (Bardet, 2005, p.11).

La qualité de la relation professionnelle dépend également de la connaissance qu'à une soignante d'elle-même et de son rôle professionnel, ainsi que de sa capacité à garder la bonne distance (Dayde et al, 2007). Une relation optimale est par conséquent liée au savoir-être de l'infirmière, elle nécessite des apports théoriques et une conscientisation

de la part des infirmières. C'est justement cet apport théorique que nous allons approfondir maintenant, avec la théorie de la communication dans l'interaction sociale.

2.2 L'INTERACTION SOCIALE

Il nous paraît nécessaire de développer ce cadre de référence, car il est présent dans toute relation et il permet d'en éclairer les fondements. L'interaction sociale se crée en effet dès que deux individus sont en présence l'un de l'autre et amène chacun à modifier son comportement (Montmollin, 1977, in Picard, 1996, p.13). Sur le plan théorique, la notion d'interaction fait suite aux théories de la communication (Picard, 1992, p. 69) dont nous allons développer une théorie ici, qui nous paraît le plus en lien avec les SAD.

2.2.1 LE MODÈLE PSYCHOSOCIOLOGIQUE DE LA COMMUNICATION

Le modèle psychosociologique de Anzieu et Martin (1990) nous paraît pertinent pour notre travail car il prend en compte les phénomènes psychologiques et sociaux de la communication (Edmond et Picard, 1996, p.29). En effet selon Picard (1992), une relation entre deux personnes est un rapport psychosocial, déterminé par le statut et l'identité sociale (âge, sexe, rôle) des individus en interaction (Picard, 1992, p.77). Ainsi, les comportements seront différents selon les interlocuteurs. Ce cadre va dès lors nous permettre d'éclairer les mécanismes des interactions entre l'infirmière et le patient, qui ont chacun un statut et une identité différentes, avec un focus sur les aspects du domicile qui les entourent.

Ce modèle prend tout d'abord en compte la personnalité des individus (annexe 14.1), avec leur statut et leur rôle respectifs. Nous voyons ici qu'une « communication-type » semble liée aux rôles « connus et habituels » de l'infirmière et du patient, et qui amène donc un certain type de relation. Nous voyons également les différences notoires pouvant survenir dans les interactions, selon les traits de personnalités de chacun.

La situation commune est un autre facteur indispensable à la relation et rejoint la notion de contexte (annexe 14.2). La situation sera dépendante des objectifs de chacun, ainsi que des rituels sociaux qui s'y rapportent (Edmond et Picard, 1992, p.84). La manière de communiquer d'une infirmière sera par conséquent différente si le but de la visite est de soulager, informer, enseigner, ou évaluer une situation. De même, si l'objectif du

patient n'est pas de se faire soigner mais plutôt qu'on le laisse tranquille, sa manière de communiquer s'en fera ressentir.

La communication permet également de partager les univers de sens de chacun, où les systèmes de valeurs filtrent les informations, et de donner un sens à la relation (annexe 14.3). Nous comprenons ici l'importance d'être « sur la même longueur d'onde » que les patients et de connaître leurs représentations de la santé, de la maladie et des soins, afin de pouvoir transmettre des informations et surtout qu'elles soient reçues de façon optimale. La relation soignante semble également se transformer et se construire par des échanges mutuels (annexe 14.3).

2.2.2 ÉCHANGES ET RÉCIPROCITÉ

Le principe d'échanges constitue les fondements des interactions sociales et il est conditionné par des rituels sociaux (annexe 14.4). Un échange équivalent d'expressions, de considérations et de services débouche sur le principe de réciprocité (Edmond et Picard, 1996, p.127). Cette dernière se module toutefois différemment dans une relation égalitaire (pairs) ou hiérarchique (statut social, âge ou sexe différents). Une règle de symétrie apparaît avec les pairs, entraînant des comportements miroirs (Edmond et Picard, 1996, p.127), alors que dans la relation hiérarchique, comme cela peut être le cas entre un soignant et un patient, ce sera l'acteur en position haute qui a l'initiative de l'interaction (Edmond et Picard, 1996, p. 128).

2.2.3 LE POSITIONNEMENT

Le positionnement est un processus, qui situe un individu par rapport à un autre (Chamla, in Jouffray, 2011, p. 1-2). Il est intrinsèquement lié au rôle et au statut (Picard, 1996, p. 107-108), le statut étant la place que l'on occupe dans une structure sociale alors que le rôle est son expression dynamique lors d'interactions. (Picard, 1996, p.106-107). Or nous avons vu précédemment que les rôles de chacun sont inversés à domicile par rapport au milieu hospitalier (l'invité n'est plus le même), ce qui risque de perturber le positionnement de chacun et nécessiter une redéfinition des normes dans les interactions.

2.2.4 LA POSTURE

La posture définit quant à elle la manière d'habiter un positionnement et de s'acquitter de sa fonction dans les interactions (Jouffray, 2011, p.2). La posture ne situe plus « par rapport à » une autre personne, mais « avec » cette autre personne (Jouffray, *ibid*, p.2). Elle est donc influencée par l'interaction et découle également des valeurs professionnelles et personnelles des infirmières ; elle peut donc être différente, d'une situation à une autre, en fonction des circonstances (Jouffray, *ibid*, p.2). Par conséquent, la posture nécessite une forte capacité d'adaptation de la part de l'infirmière, qui doit s'adapter à la situation ainsi qu'à la singularité de chacun (Maela, 2004, in Jouffray, 2011, p.2), mais également une solide capacité de pratique réflexive car l'infirmière à domicile est la seule professionnelle auprès du patient et ne peut donc compter que sur son propre jugement de valeurs.

2.3 LE RÔLE INFIRMIER

Nous allons développer ici ce cadre qui régit la relation et la posture des infirmières.

Il nous semble tout d'abord intéressant de mentionner que le rôle, dans sa définition générale est un : « genre d'action ou de comportement, guidé par la place que l'on occupe » (www.larousse.fr, 2012) et qui laisse une liberté d'interprétation propre à chacun (Montoussé & Renouard, 2009, p.75). Transposé à notre travail où les rôles de chacun sont modifiés, des différences dans les comportements et les interactions semblent inévitables.

2.3.1 LE RÔLE INFIRMIER

Étant élèves à la HES-SO, nous allons reprendre les cadres issus de notre formation, lesquels définissent le rôle infirmier au travers d'un référentiel de compétences (HES-SO, 2009). Chacune de ces neuf compétences décrit un axe de la profession infirmière, décliné en plusieurs points, permettant ainsi de détailler toutes les capacités à acquérir au fil de la formation (HES-SO, 2009). Le nombre élevé de compétences ainsi que les multiples sous-points qui les décrivent démontrent la complexité, ou tout du moins la grande diversité des compétences infirmières à acquérir.

La HES-SO s'inspirant également du modèle d'intermédiaire interculturel de Michel Nadot pour son référentiel, nous allons aussi utiliser sa définition du rôle infirmier

(Nadot, 2005) comme cadre de référence. Si le référentiel décrit le rôle infirmier au travers de compétences, Nadot le définit quant à lui au travers des différentes activités soignantes. Le rôle infirmier nous sera utile comme cadre de référence, car nous allons nous attarder dans notre travail sur les activités et compétences spécifiques aux SAD.

2.3.2 LE MODÈLE D'INTERMÉDIAIRE CULTUREL DE MICHEL NADOT

Nous choisissons ce modèle (outre le fait qu'il nous soit enseigné) car il prend aussi en compte l'influence du contexte dans les soins (pour notre travail les SAD), et qu'il place l'infirmière dans une position centrale du système de santé, comme cela nous semble le cas dans les SAD (annexe 15.1). Selon Nadot, les activités soignantes sont influencées et agissent en retour sur trois systèmes culturels (annexe 15) :

- 1. Le système culturel institutionnel (SC1) :** dans notre recherche il s'agit des institutions ou des centres de SAD, avec leurs politiques et leurs règlements, ainsi que l'environnement du domicile (annexe 15).
- 2. La culture médicale scientifique (SC2) :** elle s'apparente au rôle médico-délégué (tâches déléguées par le médecin). Or, le monde médical n'est pas « physiquement » présent à domicile comme il peut l'être dans un milieu hospitalier. Il s'agira, pour l'infirmière à domicile, d'appliquer les prescriptions médicales, de manière hautement autonome (annexe 16).
- 3. La culture interactive avec le patient (SC3) :** ce système correspond au rôle autonome (annexe 16). Il comprend notamment les aspects relationnels et l'accompagnement des patients, ainsi qu'un pôle réflexif sur les moyens d'effectuer les soins de manière optimale (valeurs infirmières, conceptions des soins, délégation) (annexe 15).

Nadot permet de mettre en évidence une différence de dynamique de l'intermédiaire culturelle (annexe 15.1) car le SC1 est totalement différent du contexte habituel de soins, l'influence du SC2 est minime à domicile et le SC3 devient très important. Un nouvel équilibre dans l'exercice du rôle à domicile devra dès lors être trouvé par les infirmières.

Approfondissons maintenant les cadres de référence du rôle infirmier, spécifiques au contexte du domicile.

2.4 LE RÔLE INFIRMIER À DOMICILE

Le domicile n'étant pas le contexte « habituel » des soins et le rôle infirmier étant influencé par le contexte, nous souhaitons préciser dans ce chapitre la spécificité du rôle infirmier à domicile. Pour cela, nous allons utiliser tout d'abord la conception des soins de Marie-Françoise Collière, laquelle nous paraît adéquate car elle a été développée dans une perspective de santé communautaire et publique (ce qui rejoint les SAD). Nous développerons ensuite les activités et les compétences spécifiques de l'infirmière à domicile, afin de démontrer son profil particulier. Comme nous l'avons vu précédemment, il y a une inversion des rôles de chacun à domicile, et le sens des SAD est également différent par rapport à une référence hospitalière (annexe 17). Il n'y plus de positionnement d'expert à domicile (Ennuyer, 2006, p.43) et les SAD se transforment en un accompagnement, très orienté sur la promotion de la santé (Collière, 1996, p. 238, annexe 17).

2.4.1 LA CONCEPTION DES SOINS DE MARIE-FRANÇOISE COLLIÈRE

Nous choisissons cette conception car elle met en lumière la fonction infirmière en santé communautaire (Vigile-Ripoche, 2011) qui rejoint les SAD (annexe 18) et elle est également utilisée dans les concepts de la Fondation d'aide et de soins à domicile de la Sarine (www.fasds.ch, 2013). Cette conception est centrée sur une « promotion de la vie »¹ liée au domicile qui est le lieu de vie par excellence des patients (annexe 18). Collière tisse en effet des liens entre ; les besoins des personnes, leur vie quotidienne, leur environnement et la notion de santé (Vigil-Ripoche, 2001, p.12). Elle a une approche des soins qui recherche le sens du vécu des patients (Vigil-Ripoche, *ibid*, p.17) ce qui rejoint le respect de leur autonomie. Collière (1982) met aussi en avant les compétences autonomes de l'infirmière, au travers du « to care » (prendre soin) qui englobe les soins d'entretien du quotidien, y compris les aspects relationnels (annexe 18). Ceux-ci doivent prédominer sur le « to cure » (traiter en ôtant le mal) que l'on peut apparenter aux tâches médico-déléguées, beaucoup plus présentes en milieu hospitalier (annexe 18). Les soins sont vus par Collière sous l'angle de la santé au quotidien, au plus proche des patients, ce qui casse l'image « réparatrice » de la référence hospitalière.

Voyons maintenant concrètement les activités et compétences des infirmières à domicile.

¹ Il s'agit ici du titre de l'ouvrage de M.-F. Collière, (1982), *Promouvoir la vie*. Editions InterEditions.

2.4.2 ACTIVITÉS ET COMPÉTENCES DES INFIRMIÈRES À DOMICILE

Les principales activités de l'infirmière à domicile sont : l'évaluation, les soins curatifs, l'enseignement, le soutien et l'intégration sociale (ISCC, 2010, p.7). Celles-ci sont certes variées, mais se retrouvent dans le référentiel de compétences de la HES-SO (HES-SO, 2009). Le travail infirmier en soins à domicile semble dès lors accessible pour une infirmière issue de cette formation. Nous avons vu cependant qu'une expérience professionnelle préalable semble recommandée ou souhaitée (annexe 6) et que les aspects relationnels, dans l'approche, sont très importants à domicile. Nous nous demandons dès lors si certaines capacités, particulièrement développées, ne sont pas requises chez l'infirmière travaillant à domicile ?

Certaines capacités, spécifiques aux soins à domicile, sont effectivement ressorties dans la littérature (annexe 19.2): les capacités d'adaptation, au domicile et aux profils variés des patients (annexe 19.2.1), la collaboration (annexe 19.2.2), l'évaluation des besoins qui est le point de départ de la mission à domicile (annexe 19.2.3), la faculté de promouvoir la santé, laquelle nécessite de solides compétences relationnelles (annexe 19.2.4) et finalement la capacité de l'infirmière à travailler de manière autonome (annexe 17). Ces capacités, bien que nécessaires également en milieu hospitalier, n'y sont cependant pas autant sollicitées.

2.4.3 LES MODIFICATIONS DU RÔLE INFIRMIER

Nous constatons une modification du rôle infirmier à domicile, de par ces activités spécifiques, la dynamique de l'intermédiaire culturelle qui se modifie et le sens des SAD qui est quelque peu différent à domicile. Des facteurs personnels peuvent également influencer le rôle, liées aux valeurs et représentations de chacun dans les interactions (Edmond & Picard, 1996) qui sont dans chaque situation différentes (Collière, 1996, p.237). Ces variables vont accentuer la difficulté d'être constant par rapport au rôle professionnel (Collière, 1996, p.237).

L'autonomie des infirmières à domicile nécessite cependant des connaissances claires par rapport à leur rôle (Piguet, 2009), et la relation par rapport à leurs limites personnelles et leurs propres valeurs (Daye & al, 2007). Cette autonomie va dès lors exiger une grande pratique réflexive de la part des infirmières qui va leur permettre de trouver la posture adéquate. De manière générale, les SAD soulèvent de nombreuses

questions éthiques chez les soignants (annexe 21). Une responsabilité éthique supplémentaire et importante est toutefois présente de par son autonomie qui lui laisse une certaine liberté d'actions et de nombreux choix personnels à faire auprès des patients (annexe 21.3).

Au terme de notre problématique, les spécificités soulevées dans la relation à domicile nous paraissent pleines d'enjeux importants à prendre en compte dans le rôle infirmier, ce qui nous amène à notre question de recherche.

3 QUESTION DE RECHERCHE

Arrivées au terme de notre problématique, nous nous rendons compte que le contexte du domicile entraîne des modifications, pour le rôle infirmier et pour la relation entre le professionnel et le patient. Nous arrivons dès lors à la question de recherche suivante :

Dans le contexte spécifique des soins à domicile, quels sont les éléments importants de la relation et des positionnements à prendre en compte dans le rôle infirmier, afin d'optimiser la relation infirmière-patient ?

4 OBJECTIFS ET INTÉRÊTS DU TRAVAIL

4.1 OBJECTIFS

Les buts de notre recherche sont de mieux comprendre les interactions au sein du domicile avec les implications que ce contexte comporte et de voir quelles stratégies sont mises en place par les infirmières afin d'entrer en relation de manière adéquate avec les patients à domicile, pour les soutenir, tout en respectant leurs besoins et leur intimité. Pour ce faire nous allons rechercher comment les infirmières et les patients perçoivent et vivent leur relation dans un cadre de SAD.

4.2 INTÉRÊTS POUR LES SOINS À DOMICILE

Nous avons constaté que les aspects relationnels sont au cœur de la relation à domicile et nécessitent des adaptations de la part des infirmières à domicile par rapport au rôle infirmier le plus connu, du milieu hospitalier. Il nous semble intéressant de creuser ces particularités car le secteur des soins à domicile est en plein essor. En effet, l'évolution démographique et les changements en matière de politique de santé ne vont faire qu'accroître les demandes d'interventions à domicile et par conséquent, de plus en plus de soignants seront amenés à y travailler. Néanmoins, ce milieu de soins est encore relativement pauvre d'un point de vue scientifique et méconnu par rapport au rôle spécifique qui y est exercé. Nous espérons à travers ce travail pouvoir apporter quelques pistes d'éclaircissements sur ces différents points.

4.3 INTÉRÊTS POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

De manière plus générale pour les soins infirmiers, la question des distances relationnelles étant présente dans tous les milieux de soins, une transférabilité des résultats pourra également être envisagée à d'autres contextes.

Nous voyons également un pointage sur les théories du rôle infirmier, qui peut se modifier selon le milieu de soins et les compétences spécifiques qui y sont développées.

4.4 NOTRE INTÉRÊT

Cette thématique nous intéresse également sur le plan personnel, car nous nous sommes beaucoup interrogés sur les aspects relationnels suite à un stage dans les SAD. Nous trouvons ce milieu très intéressant et enrichissant et nous aimerions y travailler par la suite. Mieux comprendre ce milieu grâce à ce travail sera certainement un avantage en tant que future professionnelle.

5 MÉTHODOLOGIE

Nous allons décrire dans ce nouveau chapitre la démarche méthodologique utilisée pour rechercher nos articles susceptibles de répondre à notre question de recherche.

5.1 TYPE DE DEVIS

Réaliser une revue de littérature étoffée, selon Loisel et Profetto-McGrath (2007), permet d'avoir une vision globale de l'état actuel des connaissances scientifiques. Cependant nous faisons ici une initiation à la recherche, ce qui veut dire que nous allons obtenir un bon aperçu de l'état actuel des connaissances de notre thématique sans toutefois la couvrir totalement, mais suffisant pour nous permettre de répondre à notre question, en réunissant les résultats probants de plusieurs articles (Loisel & Profetto-McGrath, 2007). Le but d'un tel devis est d'apporter des stratégies et/ou des compléments d'informations pour la pratique infirmière. Nous nous limitons cependant ici à dix articles ce qui nous permettra d'apporter des ébauches de stratégies. De par notre thématique, laquelle cherche à explorer une perception de la relation, les devis de nos articles seront essentiellement de type plutôt qualitatif, bien que nous n'excluons pas les articles de type plutôt quantitatif.

5.2 MÉTHODE

La réalisation d'une telle revue s'effectue en plusieurs étapes. Il s'agit tout d'abord de définir les mots-clés en lien avec notre problématique qui nous serviront pour effectuer des recherches dans les bases de données scientifiques, afin d'en extraire les articles les plus pertinents qui nous permettront de répondre à notre question de recherche.

Les études retenant notre attention seront ensuite brièvement parcourues : lecture du résumé pour vérifier que celle-ci est en lien avec notre sujet et vérification de la méthodologie (structure scientifique respectée avec la présence du résumé, de la méthode, des résultats et d'une discussion). Des critères d'inclusion et d'exclusion sont élaborés afin de sélectionner les articles les plus pertinents pour notre question de recherche. Par la suite, les études retenues sont soumises à une analyse critique minutieuse, à l'aide de grilles d'évaluation spécifiques (annexes 23 à 32). Les résultats

pertinents seront ensuite présentés et regroupés par thèmes et finalement discutés, en lien avec les cadres de référence.

5.3 BANQUE DE DONNÉES ET MOTS-CLÉS

Nous effectuons, en juillet 2014, nos recherches d'articles scientifiques dans les bases de données informatisées suivantes :

Pubmed, Cinhal, Medline, Cochrane et Google.

Les soins à domicile ne se retrouvant pas sous cette appellation au niveau international (annexe 2.1), nous incluons dans notre stratégie de recherche les termes de soins en santé publique et en santé communautaire qui s'y apparentent.

Nous avons choisi les termes MeSH ou mots-clés suivants :

Mots-clés en français	Mots-clés en anglais
Soins infirmiers	Nursing, nurse (s)
Rôle infirmier	Nurse's role
Soins à domicile	Home care, home care services
Soins en santé publique	Public health care
Soins en santé communautaire	Community health care
Relation patient-infirmière	Relationship, nurse-patient relationship
Distance relationnelle	Distance, position
Expérience des patients	Patients experiences
Expérience des infirmières	Nurses experiences
Positionnement	Position

5.4 CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Différents critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis afin d'affiner nos recherches.

5.4.1 CRITÈRES D'INCLUSION

- Sujet : articles traitant de la relation infirmière/patient à domicile ou du positionnement infirmier en lien avec le contexte du domicile
- Population : infirmières donnant ou patients recevant des soins à domicile.
- Rigueur : méthodologie de recherche correspondant aux critères scientifiques actuels (fiabilité, transférabilité)
- Date de publication : articles datant de moins de 10 ans, publiés entre 2004 et 2014.
- Accessibilité : articles disponibles en *full text*

5.4.2 CRITÈRES D'EXCLUSION

- Articles traitant de la question relationnelle, mais sans liens avec le positionnement ou le contexte du domicile
- Articles traitant la relation à domicile, mais avec une population spécifique aux maladies atteignant le psychisme : démence, dépendance
- Contexte de soins dans un home
- Méthodologie de l'article peu probante
- Articles datant de plus de 10 ans

5.5 STRATÉGIES DE RECHERCHE

Termes Mesh / Mots-clés	Base de données	Articles ressortis	Articles retenus	Articles exclus	Articles inclus
("Home Care Services[Mesh]" AND ("Nurse's Role[Mesh]"))	Pubmed	12	0	0	0
("Home Care Services[Mesh]" AND ("Nursing[Mesh]"))	Pubmed	123	2	2	0
("Nurse-Patient Relations[Mesh]" AND ("Home Care Services[Mesh]"))	Pubmed	5	1	1	0
("Community Health Nursing [Mesh]" AND ("Nurse-Patient Relations[Mesh]"))	Pubmed	10	1	1	0

Termes Mesh / Mots-clés	Base de données	Articles ressortis	Articles retenus	Articles exclus	Articles inclus
("Public Health Nursip[Mesh]) "AND ("Nurse-Patient Relations[Mesh]) "	Pubmed	3	0	0	0
Nursing and community health nursing and relationship	Pubmed	234	1	1	0
Public health care and nurse- patient relationship and home	Pubmed	28	0	0	0
Distance and home care and nurse	Pubmed	59	2	0	2
Home care service (Word in Subject Heading) AND relationship (all text) AND nursing (all text)	Cinhal	269	6	6	0
Home care service AND relationship (in abstract)	Cinhal	66	0	0	0
Home care nursing AND relationship (in abstract)	Cinhal	97	4	2	2
Home care nursing AND experience (in word in subject heading)	Cinhal	54	3	2	1
Community health nursing AND nurse-patient relationship (in word in abstract)	Cinhal	3	0	0	0
Public health nursing AND relationship (in abstract)	Cinhal	51	4	4	0
(home care services and nurses role and relationship) in All fields	Medline Ovidsp	19	2	2	0
(home care services and nurse patient relationship) in All fields	Medline Ovidsp	7	1	1	0
(community health nursing and nurse-patient relationship) in All Fields	Medline Ovidsp	10	1	1	0
(public health nursing and relationship) in all fields	Medline Ovidsp	127	3	3	0

Termes Mesh / Mots-clés	Base de données	Articles ressortis	Articles retenus	Articles exclus	Articles inclus
(home care services and nurse-patient relationship)	Medline Proquest	62	2	1	1
(home care services AND nurse's position)	Medline Proquest	16	1	0	1
(community health nursing AND nurse-patient relationships)	Medline Proquest	193	5	5	0
(public health nursing and nurses role and nurse-patient relationships)	Medline Proquest	62	2	2	0
(home care services and nurse-patient relation and position)	Medline Proquest	11	2	1	1
soins infirmiers à domicile et relation à domicile, en français	Google Scholar	1450	1	-	1
community health nursing and home care nursing and relation and place, web entier	Google	18800	1	-	1

5.6 ARTICLES EXCLUS

Nous n'avons pas retenu, ou finalement exclu de nombreux articles pour différentes raisons qui sont développées dans notre grille de recherche en annexe (annexe 22). Les raisons principales, hormis nos critères d'inclusion et d'exclusion cités précédemment sont :

- une population trop spécifique : personnes démentes, souffrant de dépendance, soins ou nécessitant des soins spécifiques : monitoring, dialyse, soins palliatifs, BPCO, soins très techniques. Nous estimons que ces population sont une relation trop spécifique et ne permettraient pas une généralisation par rapport à notre question sur la relation.
- quelques articles s'éloignaient trop de la question relationnelle des soins infirmiers en étudiant les aspects sociaux-sanitaires des SAD

- de nombreux articles avaient leur contexte situé dans des homes et non pas aux SAD
- plusieurs articles intéressants mais manquant de rigueur méthodologique (témoignage ou recherche expérimentale).

5.7 ARTICLES INCLUS

Les articles retenus vont nous aider à répondre à notre question de recherche. Afin de cerner la portée de leurs résultats, nous décrivons tout d'abord ces études de manière générale : leur contexte (localisation géographique et lieux de soins), leur population, leur but et leur méthode.

5.7.1 RÉFÉRENCES DES ARTICLES

Article	Auteurs, année, pays	Titre	Population
E1	Wälivaara B.-M., Sävenstedt S. & Axelsson K., 2013, Suède	Encounters in Home-Based Nursing Care - Registered Nurses' Experiences	24 infirmières
E2	Wälivaara B.-M., Sävenstedt S. & Axelsson K., 2013, Suède	Caring Relationships in Home-Based Nursing Care - Registered Nurses' Experiences	24 infirmières
E3	Holmberg M., Valmari G. & Lundgren S. M., 2012, Suède	Patients experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination.	21 patients
E4	Mc Garry J., 2008, UK	Defining roles, relationships, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study	16 infirmières et 13 patients (personnes âgées)
E5	Corbett S. & Williams F, 2014, Pays de Galles, UK	Striking a professional balance : interactions between nurses and their older rural patients	10 patients (personnes âgées) + 6 soignants
E6	Turpin L.J., McWilliam C. L., and Ward-Griffin C., 2012, Canada	The Meaning of a Positive Client-Nurse Relationship for Senior Home Care Clients with Chronic Disease	8 patients

E7	Öresland S., Määttä S., Norberg A. and Lützen K., 2009, Norvège	Patients as ‘Safeguard’ and Nurses as ‘Substitute’ in Home Health Care	10 patients
E8	Öresland S., Määttä S., Norberg A., Winther J. & Lützen K., 2008, Norvège	Nurses as guests or professionals in home health care	10 infirmières
E9	Giesbrecht M. D, Crooks V. A and Stajduhar K. I, 2014, Canada	Examining the language–place– healthcare intersection in the context of Canadian homecare nursing	4 infirmières, 5 patients, 5 proches- aidants
E10	Crevier M., Couturier Y. et Morin P., 2010, Canada	L’émergence de la proximité relationnelle à la faveur de l’intervention à domicile : ouvertures et tensions dans la relation clinique	10 intervenants, 6 usagers

5.7.2 CONTEXTES

Au niveau géographique, cinq études se situent dans les pays scandinaves (Suède et Norvège) trois au Canada et deux en Grande-Bretagne. Ces pays étant tous industrialisés et de culture occidentale, leurs résultats sont représentatifs et peuvent être transférables à la Suisse. Le lieu de soins est dans les dix articles le domicile, ce qui correspond à notre contexte d’études. Neuf études se déroulent au sein d’un centre de santé communautaire et une se passe dans un centre psycho-social (E10).

5.7.3 POPULATIONS

La problématique de la relation impliquant automatiquement les deux protagonistes à domicile et avoir les points de vue des patients et des soignants nous semble pertinent. C’est pourquoi la population de nos articles se compose soit de patients (3 articles : E3, E6 et E7), soit de professionnels soignants à domicile (4 articles : E1, E2, E8). Les quatre autres études recueillent les données des patients et des soignants (E4, E5, E9, E10). Les patients (n= 73) sont majoritairement des personnes âgées (plus de 65 ans). La mixité est représentée et les pathologies sont variées (douleur chronique, diabète, ulcères, pathologies cardiaques ou respiratoires, maladies chroniques). Bien que les échantillons de patients ne soient pas très élevés ($n \leq 21$), leur diversité (mixité, pathologies variées, milieu rural et milieu urbain) apporte une richesse à nos résultats.

Les populations des professionnels intervenant à domicile (n=70) sont majoritairement représentées par des infirmières diplômées (n=56) ayant plusieurs années d'expérience dans les soins à domicile. Les autres professionnels sont composés d'aides-soignantes (n=4), de travailleurs sociaux (n=5), de psychologues (n=2) et de psycho-éducateurs (n=3). La majorité d'infirmières représente ici un bon critère de transférabilité pour la pratique des soins infirmiers.

5.7.4 BUTS

Tous les articles ont pour but d'explorer comment les patients ou les professionnels travaillant à domicile perçoivent leurs relations ou leurs rôles respectifs. Cet aspect relationnel est relié dans trois études au contexte du domicile (E3, E9, E10). Deux articles sont plus axés sur les positionnements et les rôles des soignants et/ou des patients (E7, E8). Une étude finalement regroupe les trois aspects (E4), à savoir le domicile, les rôles et la relation.

5.7.5 MÉTHODES

Tous les articles retenus sont de type qualitatif, ce qui s'explique par le but de notre travail, qui recherche l'expérience de la relation à domicile. Les devis sont de type analyse de discours (E1, E2, E7, E8), ethnographique (E4, E9), phénoménologique interprétative (E6), description interprétative (E3) ainsi qu'une étude de cohorte (E5). Les auteurs, afin de collecter leurs données, utilisent majoritairement des entretiens semi-dirigés (E1, E2, E3, E7, E8, E10). Trois articles utilisent des entretiens plus des observations sur le terrain (E4, E6, E9) et un article note également les réactions non-verbales des participants (E5).

6 RÉSULTATS

Nous allons dans ce chapitre ressortir les résultats relatifs à notre question de recherche qui, pour rappel est :

Dans le contexte spécifique des soins à domicile, quels sont les éléments importants de la relation et des positionnements à prendre en compte dans le rôle infirmier, afin d'optimiser la relation infirmière-patient ?

Pour ce faire, nous utilisons nos grilles d'analyse critique et de traduction-résumé des articles retenus (annexes 23 à 32). Nous les relisons et catégorisons tout d'abord les résultats en deux parties principales : le point de vue des professionnels et le point de vue des patients. Le point de vue des patients nous sera utile pour mieux comprendre leurs attentes envers les SAD et ainsi optimiser la relation soignante. Les thématiques ressorties pour les infirmières traitent tout d'abord de la relation avec quelques pistes de stratégies. La question des postures est ensuite abordée et, finalement, les cadres professionnel et éthique sont traités.

Du point de vue des patients, nous ressortons également les aspects liés à la relation et aux positionnements de chacun. Nous mettons également en évidence la notion de respect, reliée notamment à la question de l'autonomie à domicile. Quelques stratégies utiles pour une bonne pratique relationnelle sont également ressorties, selon le point de vue des patients.

6.1 POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS

6.1.1 LA RELATION À DOMICILE

6.1.1.1 LA NÉCESSITÉ DE LA RELATION, SON IMPORTANCE ET SON INTENSITÉ

La nécessité d'une bonne relation entre le professionnel de la santé et le patient à domicile est mentionnée dans les sept études traitant le point de vue des professionnels (E1, E2, E4, E5, E8, E9, E10), ce qui représente 70 professionnels. Son importance est soulignée car elle permet une meilleure évaluation des besoins du patient et par conséquent une meilleure offre en soins (E1, E2, E4, E9, E10). La relation est spécifiquement étudiée dans deux études suédoises (E1, E2) qui, après une analyse de discours auprès de 24 professionnels, séparent la relation (E2) de la rencontre (E1)

chacune dans une étude. La rencontre reste toutefois le point de départ et est déterminante pour la suite de la relation (E1, E2). Celle-ci ressort, selon ces auteurs, comme le « véhicule » qui permet d'apporter de bons soins à domicile (E2). Les mêmes auteurs mettent en lumière différents modes d'interactions plus ou moins bienveillants (cf grilles E1, théorie des rencontres de Halldorsdottir). L'importance de la relation se ressent car une bonne rencontre permet de créer du sens en augmentant l'identité des deux participants (y compris l'identité professionnelle) (E1). Une relation de qualité a un impact positif sur la santé du patient, la satisfaction des soignants et la qualité des soins (E2, E5) et cela grâce à une meilleure évaluation des besoins (E2). Une bonne relation favorise également la continuité des soins (E10), et, inversement, une relation soignant/soigné de longue durée, possible dans le cadre des SAD, où les patients sont suivis souvent de façon régulière et chronique, renforce la qualité de la relation (E5).

La nécessité d'une bonne relation est également mise en évidence par le fait que les infirmières recherchent activement à développer des bons liens (E4). Cela nécessite un effort conscient de la part des infirmières (E2), lesquelles mettent cet aspect relationnel dans leurs priorités lors des visites à domicile (E2), dès la première rencontre (E1, E2).

La relation à domicile est déclarée comme étant plus importante et plus approfondie par rapport aux relations en milieu hospitalier dans 6 études (E1, E2, E4, E5, E8, E10), ce qui représente 66 professionnels. La relation a également été qualifiée, à deux reprises, d'« amitié professionnelle » (E2, E4), ce qui démontre la proximité et l'intensité relationnelle qui se crée à domicile, qui sont confirmées par l'étude 10. Cette proximité ressort comme un avantage auprès des personnes âgées de l'étude 5 (n=10), car une relation plus étroite ouvre davantage d'échanges de part et d'autre (E5) et partager des informations sociales et personnelles aide à construire une relation de confiance et un terrain d'entente (E5).

Nous allons maintenant voir comment se construit concrètement cette relation et ses caractéristiques.

6.1.1.2 UNE MEILLEURE CONNAISSANCE GRÂCE AU CONTEXTE

Une meilleure connaissance des patients est possible, dans le cadre du domicile, grâce aux observations de leur lieu de vie, au travers de la visibilité des objets du quotidien (E1, E9, E10), qui amène plus de détails sur leur histoire personnelle et leurs habitudes de vie (E2, E4, E5). Les professionnels utilisent ce qu'ils voient (par exemple des

photographies) pour amorcer les conversations, ce qui amène à une meilleure compréhension et une communication plus en lien avec l'histoire des patients (E1, E9). Ce serait le côté informel du domicile (non-institutionnel) qui amènerait une relation plus chaleureuse et conviviale (E10) et par conséquent plus propice aux échanges.

6.1.1.3 UNE RELATION PLUS ÉGALITAIRE

La relation est ressortie comme étant plus égalitaire entre les professionnels et les patients au sein du domicile, par rapport à un contexte institutionnel, suite aux entretiens et aux observations sur le terrain de 24 professionnels (E8, E9, E10). Cette égalité serait due à plusieurs facteurs : l'environnement du domicile, les positionnements et la nature de la relation, plus approfondie.

Le cadre du domicile semble contribuer à cette égalité dans la relation, car il entraîne un changement de dynamique (E9) : le pouvoir est inversé par rapport au contexte hospitalier (E9) et, si à l'hôpital le patient est un « récipient », à domicile les infirmières ne peuvent plus leur dicter les comportements à adopter (E9). Ce sont les patients qui sont « aux commandes » car ils sont sur leur territoire (E8). Le domicile étant le monde des patients, leurs conditions sont beaucoup plus prises en compte, ce qui atténue le « pouvoir » des infirmières (E8) et le patient devient un partenaire de soins (E9), ce qui rejoint une relation plus égalitaire.

Des positionnements différents sont nécessaires à domicile afin d'arriver à une relation plus égalitaire (E1, E10). L'étude 1, qui traite spécifiquement de la rencontre à domicile (E1) conclut qu'il est nécessaire de rencontrer un patient sur le niveau de personne à personne, au-delà des façades et des rôles de chacun (E1). Une asymétrie dans la relation est cependant engendrée par un positionnement professionnel d'expert (E6) qui utilise un langage médical (E9). La négociation des soins dans un but de partenariat (E8), tout comme le positionnement d'invité (E8), seraient des moyens pour les infirmières de rétablir l'égalité dans leur relation, d'humain à humain. Selon l'étude spécifique de la rencontre (E1), l'infirmière est d'abord une personne, et pas seulement une professionnelle (E1), ce qui explique qu'elle partage personnellement des qualités humaines avec les personnes qu'elle soigne (E1).

La nature de la relation, plus profonde et avec une meilleure connaissance mutuelle, est une autre cause de cette égalité selon les études 9 et 10. La « relation de pouvoir » des intervenants est diminuée, car la proximité relationnelle induite par le domicile

nécessite que les intervenants se mettent sur le même pied d'égalité que leurs patients (E10).

6.1.1.4 L'IMPLICATION PERSONNELLE DES INFIRMIÈRES

Une réelle implication de la part des infirmières est décrite à domicile, autant émotionnellement qu'intellectuellement (E8). Comparativement à un milieu hospitalier où ce n'est pas toujours le cas (E8), les apports personnels des infirmières se mêlent souvent au rôle professionnel à domicile (E4), surtout lors de relations de longue durée (E5). Selon 30 infirmières (E1, E2, E5), l'implication personnelle se fait au travers de conversations autres que la maladie, parfois plus privées, ou par un intérêt et un engagement particulier envers le patient (E1, E2, E5). Ces apports contribuent à obtenir la confiance du patient (E1, E2, E5), lequel donnera alors davantage de liberté à l'infirmière pour effectuer ses soins (E1, E2, E5).

Ces apports plus personnels, tout comme la recherche d'égalité dans la relation semble amener à une réciprocité dans la relation. Le terme de réciprocité est d'ailleurs ressorti dans plusieurs études (E1, E2, E4, E5, E6), et nous le relient à la notion d'interdépendance, présente dans toute relation. Pour les infirmières interrogées dans l'étude 2 (n=24), cette réciprocité est visible par des échanges mutuels plus personnels (E2), qui contribuent au maintien d'une bonne relation (E2) et une confiance mutuelle (E1, E2, E5).

L'importance d'une bonne relation étant démontrée ci-dessus, nous ressortons quelques stratégies pour une bonne pratique relationnelle. Les points facilitateurs, et au contraire néfastes, à la création et au maintien d'une bonne relation mentionnés ici ont tous été soulevés par les professionnels lors d'entretiens dirigés ou semi-dirigés sur leur perception de la relation au sein des SAD.

6.1.1.5 STRATÉGIES POUR UNE BONNE PRATIQUE RELATIONNELLE

CE QUI FAVORISE LA RELATION

- le respect de la dignité des patients (E2)
- être dans une vraie présence, authentique auprès des patients, ce qui soulage leur anxiété, et leur apporte un soutien et du réconfort (E2)
- faire preuve d'humilité, de respect, être dans une présence sécurisante, montrer de l'engagement et de la réciprocité dans la relation (E1)

- faire profil-bas, rester dans une position d'invitée (E8)
- se familiariser avec les patients, ne pas imposer ses propres valeurs (E8)
- laisser les patients guider la conversation, être calme, à l'écoute (E8)
- avoir une petite discussion-introduction avant les soins (E8)
- avoir des conversations informelles, plus personnelles, raconter des petites histoires (anecdotes), faire preuve d'humour, utiliser des métaphores pour faire passer un message (E9).

CE QUI NUIT À LA RELATION

- les documents administratifs (E4), les outils d'évaluation (E10) à remplir sur le terrain. Ils créent une barrière avec les patients et les catégorisent. Plusieurs soignantes les remplissent d'ailleurs après les visites à domicile (E4).
- des expériences antérieures de soins négatives, un environnement familial menaçant, un patient qui veut rester distant (E2)
- une méfiance de la part de l'utilisateur qui voit les visites des intervenants comme une intrusion, ou il les voit dans un rôle de dépisteuse, de surveillante (E10)
- les limites du temps (trop court) ou du langage (personnes étrangères) (E2)
- trop de tâches à effectuer, ou une focalisation sur les tâches plutôt que la personne (E1)

6.1.2 UNE REDÉFINITION DES POSTURES

6.1.2.1 LE POSITIONNEMENT PROFESSIONNEL, PERSONNEL OU UNE AMITIÉ PROFESSIONNELLE ?

La difficulté à trouver un équilibre entre ces positionnements (E1, E2, E5, E10), ainsi que les limites entre les positionnements personnels et professionnels (E1, E2, E4, E5, E8, E9, E10) sont ressorties dans toutes les études traitant le point de vue des professionnels (n=66), ce qui démontre l'importance de la question.

Le contexte du domicile, plus informel et convivial (E10), modifie les positionnements de chacun, qui deviennent moins clairs, car les barrières strictement professionnelles sont franchies selon les études 4, 5 et 10. Les positionnements habituels et connus sont modifiés (E4) car les relations deviennent plus personnelles et importantes à domicile, y compris pour les professionnels (E4). L'aspect informel du domicile crée un risque de confusion des rôles, ou des tensions chez les professionnels (E10), qui ne savent plus

comment se situer, car il est impossible de séparer professionnel et personnel à domicile (Millard, 2006, in E4)

L'infirmière éprouve des difficultés à trouver un équilibre entre un positionnement professionnel (relatif à ses responsabilités professionnelles) et personnel (apports plus personnels dans les conversations) qui sont nécessaires pour créer une bonne rencontre (E1, E2, E4). Une certaine ambiguïté ressort au travers du terme d'amitié professionnelle, mentionné dans les études 2 et 4 (n=40 infirmières), qui démontre le mélange des deux positionnements. Le positionnement semble toutefois plus clair lorsque les infirmières gardent en tête leur but professionnel lors de leurs visites (E8). Les 10 infirmières de l'étude 8 différencient ici clairement les patients de leurs amis privés, et la notion d'amitié professionnelle est réfutée (E8). Un positionnement clair semble dès lors plus facile à prendre lorsque l'infirmière s'est préalablement centrée sur son objectif et sa position.

6.1.2.2 LE POSITIONNEMENT D'INVITÉ, OU LE RESPECT DU TERRITOIRE DU PATIENT

Outre les positionnements professionnels et personnels, un troisième positionnement est ressorti par 30 infirmières (E4, E8, E9): celui d'invité. Celui-ci est ici opposé au professionnel, et semble rejoindre en partie le positionnement personnel car il fait référence, dans l'étude 1, aux règles sociales de savoir-vivre (saluer, enlever les chaussures, le manteau, demander la permission) (E1), ce qui rejoint un positionnement d'invité. Il est également résumé, dans l'étude 8 qui a spécifiquement étudié le positionnement infirmier à domicile, comme étant un ticket d'entrée, nécessaire aux infirmières pour gagner la confiance des patients (E8), ce qui rejoint le but du positionnement personnel vu dans le chapitre précédent.

Le positionnement d'invité se construit cependant spécifiquement par rapport à l'environnement du domicile selon les études 8 et 9, car ce territoire n'est pas le leur, contrairement à l'hôpital (E9). Les infirmières doivent s'y adapter et respecter le monde des patients (E8), en demandant la permission avant d'entrer dans une pièce par exemple (E8), ou en demandant où les patients veulent effectuer les soins (E9). Les infirmières agissent comme elles aimeraient que des invités se comportent chez elles.

Outre le respect du territoire « physique », le positionnement d'invité démontre également un respect « psychologique », selon l'étude 8, car les infirmières ne veulent pas faire irruption chez les patients en imposant leurs valeurs et leurs volontés (E8). Une

analyse de discours approfondie met en évidence que les 10 infirmières adoptent un profil-bas dans ce positionnement et elles ne dépassent pas les limites qu'elles estiment acceptables pour les patients (E8). C'est justement la notion de limites que nous allons voir maintenant, au travers des distances relationnelles.

6.1.2.3 LES DISTANCES RELATIONNELLES

Les distances relationnelles rejoignent la question des positionnements, car il s'agit de se situer, dans une relation ou une interaction, par rapport à une autre personne, en tenant compte des limites de chacun. La nécessité de maintenir une distance entre les patients et les infirmières ressort dans sept études traitant du point de vue des professionnels (E1, E2, E4, E5, E8, E9, E10).

Le besoin de garder une distance, ainsi qu'un malaise d'être trop proche des patients sont décrits par les professionnels des études⁸ et 10 (n=20 professionnels). La distance relationnelle est pour certains un gage de professionnalisme et de qualité des soins (E6, E8) et elle permet d'éviter une sur-implication (E6). Pour d'autres professionnels (E10, n=6) la recherche de la bonne distance crée un dilemme : ils sont partagés entre la peur de susciter de la méfiance chez leurs patients lorsqu'ils ne créent pas une relation de confiance, et de l'autre côté, la peur de susciter des ambiguïtés et de basculer dans l'intimité du patient en devenant trop proche dans la relation (E10). Cette ambivalence relationnelle est explicitée comme une double nécessité par rapport aux limites dans la relation : celle d'effacer les frontières pour une relation de confiance, et celle de maintenir une distance (E4), pour éviter un sentiment de menace ou d'envahissement (E10). Tout le challenge des professionnels à domicile est alors de trouver un équilibre entre la création d'une relation de confiance, tout en maintenant une distance adéquate qui permet au patient de préserver son intégrité (E1, E2, E10). Ceci ne se fait toutefois pas sans créer des tensions chez les soignants (E4), car le maintien continu d'une bonne distance relationnelle est une charge mentale importante dans leur travail (E10).

Transgresser les barrières professionnelles n'est toutefois pas seulement vu négativement (E5). Selon l'étude 5, qui s'intéresse spécifiquement à l'équilibre professionnel dans les interactions en milieu rural, cela est même normal et sain (E5). Une plus grande proximité relationnelle est même vue comme l'un des avantages des SAD, qui augmente la satisfaction des soignants (E5).

6.1.2.4 STRATÉGIES POUR UNE « BONNE » POSTURE

La compréhension des différents positionnements de chacun (invité, professionnel, personnel) de la part des professionnels travaillant à domicile, permet d'améliorer la pratique (E9). En effet cette compréhension permet de mieux définir les limites relationnelles de chaque personne, essentielles pour la pratique à domicile (E5, E9). Des marques de respect de la part des infirmières envers le territoire du patient, améliore la confiance des patients (E2, E9) et permet la création d'un lien de confiance. Outre la compréhension des enjeux « territoriaux » à domicile, les limites relationnelles appropriées sont déterminées par la connaissance du patient, le jugement personnel des infirmières et leur expérience réadaptés à chaque situation (E5).

6.1.3 LE RÔLE PROFESSIONNEL

6.1.3.1 UN CADRE PROFESSIONNEL NÉCESSAIRE POUR LES LIMITES RELATIONNELLES

Un cadre et des frontières à la relation sont nécessaires, car, selon les études 2 et 10, un malaise s'installe lorsque la relation devient trop personnelle et les soignants (n=34) sentent alors le risque de perdre leur professionnalisme. Ce cadre est nécessaire, autant pour les patients que pour les soignants (E10) et il semble être posé par le rôle et la déontologie des professionnels (E10).

Le cadre professionnel est cependant parfois difficile à tenir, selon l'étude 10 qui s'est penchée spécifiquement sur les enjeux de la proximité relationnelle à domicile. En effet les patients souhaitent se rapprocher des soignants en tant que personne, et font appel à leur humanité (E10). Les professionnels étant humains également, ils se doivent d'être prudents et de ne pas lâcher leur rôle professionnel (E10).

6.1.3.2 UNE DESCRIPTION PLUS OU MOINS CLAIRE DU RÔLE INFIRMIER

Le rôle infirmier est tout d'abord décrit comme complexe à domicile (E4, E9) et certaines infirmières ont de la peine à le définir, bien qu'elles soient conscientes de leur importance (E4). Cette complexité du rôle semble induite, d'une part par les différents positionnements qu'il suscite à domicile : invité, personnel ou professionnel (E8, E9), qui semblent perturber les infirmières. L'étude 8 suggère que les infirmières éprouvent le besoin d'argumenter leurs positionnements et par là même, demandent implicitement de préciser leur rôle à domicile (E8). D'autre part, un manque de repères semble

présent, car le rôle infirmier à domicile est différent du rôle en milieu hospitalier (E4, E8, E9), lequel représente les normes du rôle (E4, E8).

Nous voyons cependant une description plus précise du rôle infirmier à domicile dans l'étude 4. Suivant une méthode ethnographique avec observations détaillées et interviews auprès de 16 infirmières et 13 patients, cette étude décrit le rôle infirmier comme une « colle » (E4) qui « comble souvent les lacunes à domicile, et fournit les ponts nécessaires afin de maintenir un niveau de bien-être acceptable chez les patients » (E4). Le rôle infirmier est donc flexible, et il comprend des aspects sociaux, en plus de soins holistiques d'un niveau élevé (E4). Cette même étude souligne également la valeur thérapeutique des visites infirmières (d'un point de vue social et relationnel) qui correspond, selon ces 16 infirmières, aux valeurs fondamentales des soins infirmiers (E4). Le rôle infirmier se définissant également au travers de ses compétences, nous allons maintenant les faire ressortir.

6.1.3.3 LES COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES SPÉCIFIQUES AU DOMICILE

De solides compétences relationnelles et d'observation ressortent dans deux études (E4, E10). Ces compétences professionnelles, liées aux capacités d'évaluation et d'adaptation de chaque situation de soins à domicile, permettent aux soignants (n=26) de créer une relation plus approfondie et d'aboutir à une meilleure connaissance des patients (E4, E10). Celle-ci permet ensuite aux professionnels d'être plus proches des besoins des patients et ainsi de proposer une offre en soins plus fine et plus efficace (E4, E10). Une autre compétence relationnelle, primordiale à domicile, et dont nous avons déjà parlé précédemment, est la capacité d'ajuster continuellement les distances adéquates dans la relation avec le patient, ceci malgré un contexte convivial (E10).

Liées aux compétences relationnelles, des compétences en communication et en négociation sont également ressorties chez 24 infirmières à domicile (E4, E8). En effet plusieurs stratégies de communication sont utilisées afin de négocier les soins, telles que la persuasion, ou alors adopter un profil-bas, rester calme et à l'écoute, dans le but de gagner la confiance du patient (E8) et faciliter ensuite sa collaboration. La compétence de savoir quand concéder ou non paraît également importante pour la négociation (E4, E8), et semble s'acquérir avec l'expérience (E8).

Une compétence de « traductrice » ressort également de l'étude 9. Il s'agit d'une traduction des termes médicaux ou des informations utiles pour la santé des patients,

ceci dans le but qu'ils comprennent leur pathologie et deviennent ainsi des partenaires de soins pro-actifs (E9). Liée à cette capacité de traduire les termes médicaux, l'enseignement des soins aux patients ainsi qu'à leurs proches apparaît primordial à domicile (E9). Cet enseignement nécessite que les professionnels ajustent leur langage à chaque patient et à chaque situation (E9), ce qui rejoint les capacités d'adaptation.

Liées au cadre du rôle professionnel, nous voyons également se profiler, dans le point de vue des professionnels, des questions éthiques qui viennent guider leur relation.

6.1.4 LE CADRE ÉTHIQUE DANS LES INTERACTIONS

Des questionnements éthiques semblent sous-jacents aux actions des infirmières dans nos études (E1, E2, E5, E8, E10), sans toutefois être clairement explicités. Cela représente 50 soignants, pour qui des questionnements apparaissent, liés aux processus d'interaction sociale, aux principes de réciprocité et aux différences de pouvoir. Nous relierons ces concepts car les aspects éthiques sont en effet inhérents aux interactions humaines (interdépendance), car des responsabilités et des pouvoirs se créent de part et d'autre selon l'étude 2. La théorie des rencontres (Halldorsdottir, in E1), confirme également que la rencontre (qui rejoint l'interaction sociale) est une opportunité pour promouvoir la dignité du patient (E1), ce qui rejoint les buts de l'éthique.

6.1.4.1 LES LIMITES DE LA CONFIDENTIALITÉ

Le respect de la confidentialité faisant normalement partie intégrante du rôle professionnel, est parfois difficile à respecter pour les soignants, surtout lorsque les relations perdurent sur le long terme comme c'est le cas dans cette étude (E5). Les professionnels (n=6) expriment ici des dilemmes éthiques dans ce qu'ils divulguent ou non par rapport à leur vie privée, mais également par rapport à des informations professionnelles (informations sur d'autres patients suivis par les SAD)(E5). Les bien-fondés de la confidentialité sont mis à rude épreuve lorsque les patients sont dépendants d'autres patients et que les soignants détiennent des informations susceptibles de leur être utiles (par exemple un patient hospitalisé qui devait venir aider l'autre patient pour une tâche) (E5). La confidentialité est dès lors moins rigide lorsque le partage de ces informations est utile et bénéfique au bien-être des patients.

6.1.4.2 LA RÉCIPROCITÉ

Nous constatons également une réflexion éthique sous-jacente dans les interactions, qui semble encourager la réciprocité et l'égalité dans la relation à domicile (E2). En effet, l'infirmière et le patient étant interdépendants dans leur relation (E2), et le maintien d'une bonne relation étant indispensable à domicile, des échanges mutuels plus personnels se créent « naturellement » (E2, E10). La réciprocité est même une exigence de la relation selon l'étude 2, et les patients se sentent lésés lorsqu'ils ne rencontrent pas une volonté de la part des soignants de construire une relation avec eux (E5), ce qui peut correspondre à de la malfeasance. Les patients souhaitent également se rapprocher des soignants en tant qu'*êtres humains* (E2, E10). D'un point de vue éthique, le professionnel peut dès lors difficilement faire abstraction de ces demandes de rapprochement, celles-ci étant vraisemblablement un besoin des patients.

6.1.4.3 LE « POUVOIR » INFIRMIER DIMINUÉ PAR LE CONTEXTE

Une modification de la dynamique de pouvoir à domicile semble également être influencée par l'éthique infirmière (E9, E10). En effet, la puissance du biomédical n'est plus autant présente à domicile (E9) et, les infirmières n'étant plus en « terrain connu » se doivent, d'un point de vue éthique, de respecter le territoire et les besoins des patients et de leurs familles (E8, E9) ce qui les amène à une relation plus égalitaire.

L'égalité semble également induite par un sentiment de gêne chez les soignants de s'introduire dans la vie privée des patients (E10). La sphère privée renvoie aussi à des dimensions morales (E8) et suscite des questionnements éthiques chez les professionnels, quant à savoir s'ils doivent être décontractés ou plus dans une position autoritaire (E8). L'éthique semble donc diminuer le « pouvoir » des soignants et entraîne également les processus de négociations (E8) ceci afin de contribuer à rétablir une relation plus égalitaire.

6.1.5 SYNTHÈSE DU POINT DE VUE DES PROFESSIONNELS

Thématiques	Résultats ressortis par les professionnels de la santé			
La relation	Nécessaire, importante, intense	Plus égalitaire, réciproque	Une meilleure connaissance mutuelle	Une implication personnelle
Les postures	Positionnements : professionnel ou personnel ?	Invité ou comment respecter le territoire de l'autre	Les distances dans les positionnements	
Le rôle professionnel	Un cadre nécessaire	Un rôle complexe	Les compétences spécifiques au domicile	
L'éthique	La confidentialité	L'éthique dans les interactions : la réciprocité, l'égalité		

6.2 POINT DE VUE DES PATIENTS

Le point de vue des patients, par rapport à leur perception des SAD est traité spécifiquement dans trois études (E3, E6, E7), alors que trois articles traitent simultanément les points de vue des patients et des infirmières (E4, E5, E10) et un article, du point de vue des patients, des professionnels ainsi que des familles (E9).

Les éléments les plus ressortis pour les patients sont d'une part l'importance de la relation qu'ils créent avec les soignants et la connexion sociale qu'elle représente pour eux, et, d'autre part, la notion de respect qui vient entourer les interactions avec les soignants.

6.2.1 LA RELATION, VUE PAR LES PATIENTS

6.2.1.1 LA « BONNE » RELATION

L'importance d'une bonne relation avec les professionnels transparait clairement lors des entretiens et des observations de deux études (E4 et E6), soit par 21 patients. Les patients et les professionnels sont interdépendants nous l'avons déjà vu et la relation de confiance doit se construire. Les patients (n=18) estiment que des efforts, pour obtenir et maintenir cette bonne relation, doivent venir des deux parties (E2, E6, E7). Une co-création de la relation est d'ailleurs vue de façon positive par les patients de l'étude 6 (n=8). Ces derniers décrivent les points clés d'une relation positive comme étant : la connaissance mutuelle, la réciprocité, le partage d'expériences personnelles et le fait de prendre le temps (E6). Une bonne relation, pour les patients, nécessite donc certains efforts de part et d'autre, des échanges mutuels et elle se crée dans une certaine proximité.

De nombreux patients (n=49) souhaitent également être dans une relation qualifiée de « personne à personne » ou « d'humain à humain » avec leurs soignants, et ne pas se sentir comme des malades (E3, E5, E6, E7). Cela leur permet de rester connectés socialement, en tant qu'individu à part entière, sentiment qu'ils décrivent comme très positif (E5, E6, E7). Un sentiment de confort dans la relation est également important pour les patients (E6), qui rejoint le sentiment d'être à l'aise dans la relation (E4, E5 et E7). Ce confort passe par : le fait de se sentir respecté (E6, E7), ne pas être contraint ou stressé (E4, E6), avoir confiance en les compétences des infirmières (E6), connaître les soignants (E5, E6, E7), être impliqué dans les soins (E6) et finalement, pouvoir choisir

et décider certains points (E7). Ces facteurs permettent de créer une ambiance sécurisée et rassurante pour les patients(E6). Voici encore quelques pistes ou stratégies, qui, pour les patients, favorisent ou au contraire sont néfastes à cette bonne relation.

STRATÉGIES FAVORISANT UNE BONNE RELATION SELON LES PATIENTS

- la continuité des soins, être suivis par les mêmes infirmières (E3, E7), ce qui permet une connaissance mutuelle et une relation plus agréable ensuite (E6)
- le respect des engagements des infirmières, le respect du planning (E3)
- les soins individualisés, personnalisés (E5, E7)
- les compétences des infirmières (E3)
- le respect de la dignité des patients (E3), le maintien de l'indépendance maximale des patients et de leur auto-détermination (E3)
- lorsque les soignants prennent le temps, pour bavarder un peu par exemple, qu'ils ne montrent pas trop qu'ils sont pressés (E3, E5, E6)
- la personnalité des infirmières joue aussi un rôle pour certains patients, avec des qualités telles que : la bonne humeur (contagieuse dans les deux sens), la convivialité, la gentillesse, une façon d'être encourageante, prête à soutenir (E7)
- le partage de la même communauté : avoir des connaissances et une histoire commune (E4)
- le partage d'informations personnelles de la part des infirmières, sur elles-mêmes, potentialisent la relation (E5, E6). Cela crée une connaissance mutuelle, ainsi qu'un partage des actualités (lien social) favorable à la relation selon les patients.

ÉLÉMENTS NÉGATIFS POUR LA RELATION

- avoir trop de tâches à effectuer dans un court laps de temps, ou des soignants trop focalisés sur leurs tâches plutôt que sur la personne (E7)
- avoir plusieurs infirmières différentes, les patients les voient comme des étrangères qui ne connaissent pas leurs habitudes ni leurs problèmes de santé et ils ont tendance à les « surveiller ». Avoir différentes infirmières conduit à une interruption de la relation avec les SAD(E7)
- des infirmières qui se plaignent de leur stress (beaucoup de patients à voir par exemple), les patients estiment que ce n'est pas leur problème (E3)

- des soignants qui regardent les patients comme faibles et dépendants (E3), ou traités comme un problème ou une maladie chronique, ce qui est frustrant et décourageant pour eux (E6)
- les patients n'aiment pas sentir l'intervenant dans un rôle de dépisteuse, de contrôleur (E10).

6.2.1.2 LA VALEUR DU LIEN SOCIAL

La valeur du lien social créé par les SAD est mentionnée dans 4 des 7 articles traitant le point de vue des patients (E3, E5, E6, E7, E10), ce qui représente 55 patients (n=55). Pour certains, souvent isolés (E3, E10), les soignants deviennent très souvent, des membres de leur réseau social, ce qui souligne l'importance de ces liens. Le lien social avec les SAD est parfois décrit par le sentiment d'être connectés (E6), par un sentiment d'appartenance communautaire fort (E1, E5), et même le sentiment de former une grande famille avec les SAD (E3).

Dans une étude phénoménologique interprétative qui cible la relation positive pour les patients (E6), le sentiment d'être connecté apparaît lorsqu'ils sentent un intérêt personnel de la part des soignants (pas que clinique) (E6) qui les visitent comme une « amie professionnelle » (E6) et qui leur donnent le sentiment d'être une personne plus qu'un patient (E6). Un besoin de conversations amicales avec les soignants est ressorti également par les patients de l'étude 7 (n= 10) et ceux-ci se déclarent même insatisfaits des soins lorsque les infirmières n'y répondent pas (E7).

L'importance du lien social, mentionnée au total par 55 patients (E3, E5, E6, E7, E10), s'explique car cette connectivité augmente leur bien-être et les valorise (E5, E10). Ce sentiment est expliqué, par les patients de l'étude 10 (n=6), car « quelqu'un se déplace pour eux régulièrement » (E10) et vient ainsi briser leur isolement (E3, E5, E10). L'intervention à domicile a dès lors un but humain (E6, E10). La compagnie sociale est également décrite avec une valeur thérapeutique (E5, E6) qui rejoint le sentiment de bien-être. Sa valeur est présente car elle distrait les patients souffrant de douleur chronique (E5) et, d'autre part, une bonne relation est positive pour la santé, et peut même être vue comme une ressource pour la vie quotidienne (E6). Le lien social est aussi envisagé sous l'angle de la promotion de la santé relationnelle à domicile dans l'étude 6 (cf grilles E6, discussion).

6.2.1.3 LA RÉCIPROCITÉ

La réciprocité dans la relation est tout aussi importante pour les patients qu'elle l'est pour les soignants (E1). Une réciprocité est décrite par les patients lorsqu'ils se sentent plus proches de leurs soignants (E4, E6), moins des numéros, par rapport aux contacts en milieu hospitalier. Les patients, ouverts et honnêtes envers les soignants, s'attendent à une écoute attentive de la part des infirmières en retour (E6). Ils apprécient également lorsqu'elles partagent un peu de leur vie privée, des informations plus personnelles (E3, E5, E6) et lorsqu'elles ont des conversations plus amicales (E7). Certains patients (E4, n=13 personnes âgées) voient les infirmières comme des amies, parlent de réciprocité dans la relation et ne différencient pas le rôle professionnel (E4).

6.2.2 LES POSTURES, VUES PAR LES PATIENTS

6.2.2.1 POSITIONNEMENTS DES PATIENTS

Un positionnement de « sauvegarde » est ressorti par les patients de l'étude 7 (n=10), qui a étudié spécifiquement les positionnements des patients dans leur relation lors des SAD (cf grilles E7). Suite à une analyse de leurs discours, les patients disent se positionner en « sauvegarde » (E7) afin de contrôler et sécuriser leur relation avec les infirmières (E7). Ce besoin de contrôle s'exprime car les patients se sentent « prioritaires » à domicile (ils sont sur leur territoire), et c'est à l'infirmière de s'adapter à eux (E7). Ils préfèrent également avoir des infirmières connues (se sentent moins en sécurité avec des inconnues) (E7) et ils n'aiment pas se sentir exclus des soins (ils aiment être impliqués et participer) (E7). Ce positionnement de « sauvegarde » est lié, selon la conclusion de l'étude 7 (cf grilles E7, conclusion) d'une part au concept d'auto-protection inhérent à l'homme, et, d'autre part, ils ne voient les soignants que comme des substituts à leur défaillance, ce qui leur permet de préserver au maximum leur autonomie (E7).

Outre ce positionnement de sauvegarde, un positionnement d'hôte est ressorti dans les études 3 et 9. Ce dernier semble être lié aux règles de savoir-vivre, car les patients (n=21) rangent leur maison et s'habillent bien lorsque les infirmières les visitent (E3). Le positionnement d'hôte est aussi ressorti en opposition à celui de client (E9, conclusion). En effet, les patients ne se sentent pas totalement comme des hôtes, car la venue des infirmières fait suite à une prescription médicale (E3), ce qui place les patients dans

l'attente d'un service. Ces derniers sont dès lors partagés entre les deux positionnements d'hôte et de client, induits par le contexte du domicile et les règles de savoir-vivre (E9).

6.2.2.2 POSITIONNEMENTS DES SOIGNANTS

La perception des patients du positionnement des infirmières à domicile, dans l'étude 3, est intéressante, car elle fait émerger un autre point de vue, différent de celui des soignants. En effet les patients (n=21) ne regardent pas l'infirmière comme une *invitée*, mais comme une *professionnelle*, qui vient afin d'effectuer son travail dans le domicile des patients (E3). Le terme de « substitut » est utilisé dans une autre étude pour qualifier le positionnement des professionnels (E7). Après une analyse de leurs discours, les 10 patients interviewés ici considèrent que l'infirmière est là pour compenser leurs défaillances ou leurs manques (physiques ou psychiques) (E7), ce qui la place à nouveau dans son rôle strictement professionnel.

Le positionnement strictement professionnel des soignants est cependant nuancé dans les études 4, 6 et 9. Les familles des patients, observées et interrogées dans l'étude 9, voient les soignants plutôt comme des invités et les confortent même dans ce rôle en accrochant leur manteaux ou en leur offrant une boisson par exemple (E9). Le positionnement d'ami est aussi ressorti par les patients de l'étude 4 (n=13 personnes âgées interrogées) et de l'étude 6 (n=8 personnes âgées). Les patients de l'étude 4 disent interagir en toute réciprocité avec les soignants qu'ils soutiennent également parfois (E4). Les 8 patients de l'étude 6 sont plus nuancés et parlent d'une amie professionnelle, qui est « comme » ou « presque » une amie, avec qui ils se sentent connectés (E6).

Les soignants sont donc perçus, par les patients, soit comme des professionnels, ou alors un peu comme des invités et/ou des amis. Ils se perçoivent eux-mêmes, soit dans un positionnement où ils doivent se protéger (positionnement de sauvegarde) ou alors partagés entre client et hôte. Nous constatons là à nouveau de multiples positionnements, tout comme pour les professionnels. Nous allons encore voir un dernier point ressorti fréquemment dans les discours des patients, la notion de respect.

6.2.3 LA NOTION DE RESPECT

La notion de respect est ressortie par les patients de plusieurs études (E3, E6, E7, E10), ce qui représente 45 patients. Ceux-ci expriment leur désir d'être respecté sur plusieurs

niveaux : en tant qu'individu (E3, E6, E7), en ne subissant aucune sorte de maltraitance (E3, E6) et envers leur domicile (E3, E7, E10).

6.2.3.1 L'INDIVIDUALITÉ DES PATIENTS

Le désir d'être respecté comme un individu unique (E3), d'être vu et se sentir reconnu comme une personne à part entière (E6, E7) est exprimé dans les entretiens de 29 patients ainsi que dans une étude de Miner-Williams (Miner-Williams, 2007, in E6, cadre théorique). Les patients ne souhaitent pas être considérés comme un malade ou un problème (E3, E6), et un manque de considération en tant que personne (induite par un manque de conversation d'ordre générale, amicale) entraîne une insatisfaction (E7, n=10 patients) ou un sentiment de frustration (E6). Les patients mettent en évidence leur sentiment d'indépendance lorsqu'ils se sentent connectés avec les soignants comme une personne (E3, E6, E7).

6.2.3.2 LA NON-MALFAISANCE

Les patients expriment également un droit à la non-malfaisance, que nous relions ici à la notion de respect (E3, E6). Ils ne tolèrent pas d'être traités injustement, humiliés ou lorsque les soignants ont un comportement qu'ils estiment inapproprié (crier, presser le patient) (E3). Les patients ressentent comme une sorte de maltraitance lorsqu'ils sont stressés (E3, E6) ou contraints (E6), ou lorsque les engagements des heures de passage ne sont pas respectés par les professionnels (E3, E6). Le désir d'être bien traité s'exprime au travers du respect de leur rythme et de leur dignité.

6.2.3.3 LE DOMICILE DES PATIENTS

Un souhait de respect envers leur logement ressort fortement pour les patients dans 3 études (E3, E7, E10). Certains patients (n=21) trouvent en effet important que l'infirmière considère leur logement comme une chose précieuse (E3), et pour d'autres (n=6), de petites marques de respect envers leur domicile, les font se sentir plus en confiance, y compris dans la qualité des soins (E10). Ils n'apprécient pas lorsque les infirmières « jugent » leur intérieur, l'état de propreté par exemple (E3). Pour eux, la façon dont les infirmières « traitent » leur habitat influence donc leur perception de la relation et des soins.

6.2.4 L'AUTONOMIE DES PATIENTS

La question de l'autonomie ressort dans les 3 études qui traitent spécifiquement le point de vue des patients par rapport à leur perception des relations avec les SAD (E3, E6, E7). Cela représente 39 patients au total, qui souhaitent d'une part pouvoir faire des choix et que ceux-ci soient respectés (E3, E6, E7) et, d'autre part, se sentir connectés avec les soignants et se sentir encore actifs (E3, E6, E7).

Le respect de l'autonomie est décrit comme un élément important et positif de la relation avec les soignants (School & al, 2005, in E6) et semble potentialisé par le contexte du domicile selon les conclusions de l'étude 3, qui s'est penchée spécifiquement sur les questions de l'autonomie des patients à domicile (cf grilles E3). Les patients (n=21) ont ici exprimé une augmentation de leur indépendance, de leur propre estime et de leur empowerment (E3). L'étude 7 rejoint cette idée car : un fort sentiment d'appartenance et d'être prioritaire à domicile, soutenu par « leur territoire » permet aux patients de l'étude 7 (n=10) de conserver tout leur pouvoir décisionnel (E7).

6.2.4.1 LE RESPECT DES VOLONTÉS

Les patients souhaitent pouvoir choisir les horaires des visites par exemple (E3, E7) et veulent être impliqués dans les soins (E3, E7) en étant informés et ainsi pouvoir décider pour eux-mêmes (E3). Ils apprécient également que leurs choix soient respectés, et la flexibilité des SAD (E3, E7) s'ils souhaitent annuler ou au contraire demander une visite supplémentaire (E3, E7).

Il est aussi important, selon les patients de l'étude 7, que les infirmières écoutent et prennent en compte leurs souhaits sans les juger (E7), notamment par rapport à leurs soins. Le respect des opinions différentes permet, selon eux, une réciprocité et un sentiment de confort dans la relation (E6). Par opposition, un manque de respect de leurs volontés crée un déséquilibre dans la relation, où la confiance est alors difficilement présente, par exemple si les infirmières pensent mieux savoir ce qui est bon pour le patient, ou si elles n'acceptent pas leurs valeurs et leur façon de vivre (E3, cadre théorique). Le respect de la volonté des patients est, nous le voyons, primordial afin de créer une relation de confiance.

6.2.4.2 ÊTRE CAPABLE

Les patients expriment leur volonté de se sentir capables, par rapport à leurs soins, en disant qu'ils aiment y participer, par exemple en préparant le matériel à l'avance ou en étant douchés et/ou prêts à l'arrivée des soignants (E3). Ils coopèrent également lorsqu'ils sont sollicités (E3, E4) et souhaitent préserver leurs possibilités aussi longtemps que possible (E7). La capacité des personnes âgées est, selon une étude Hilli (Hilli, 2007, in E3), augmentée par le domicile, qui potentialise leur envie de rester actifs car ils peuvent utiliser toutes les ressources liées à leur environnement familial (E3, cadre théorique). Ce résultat est un peu contredit par les 13 patients de l'étude 4, également des personnes âgées, qui certes préparent le matériel nécessaire, mais ne font rien en étant seuls et ne se sentent pas concernés par les plans de soins laissés volontairement par les soignants (E4).

Selon les conclusions de l'étude 3, malgré leur désir d'autonomie, les patients (n=21) sont tout de même dépendants des soignants dans les faits, et ils trouvent irritant de devoir s'adapter aux soignants en étant impuissants (E3). Une perte d'autonomie est vécue comme « dégradante », lorsqu'ils doivent adapter leurs activités sur celles des infirmières (E3) car ils n'aiment pas « être coincés » et attendre (E3).

6.2.5 SYNTHÈSE DU POINT DE VUE DES PATIENTS

Thématiques	Résultats ressortis par les patients			
La relation	Nécessaire et importante	Réciproque	Permet une connexion sociale	
Les postures	Positionnement de sauvegarde des patients, quelquefois hôtes	Les professionnels vus comme des substituts et des professionnels, pas des invités		
Le respect	De l'individualité	Du bien-être	Du domicile	De l'autonomie

6.3 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Thématiques	Selon les soignants		Selon les patients	
La relation	Nécessaire, importante, intense, égalitaire, réciproque	Une meilleure connaissance mutuelle, une implication personnelle	Nécessaire Importante	Une connexion sociale
Les postures	Professionnel, personnel ou invité?	Gérer les distances	Eux-mêmes en sauvegarde ou hôtes	Professionnels vus comme des substituts, pas des invités, un peu des amis
Le rôle professionnel	Un cadre nécessaire, Un rôle complexe	Des compétences spécifiques : relation, communication, adaptation	—	
L'éthique	L'éthique dans les interactions : réciprocité, l'égalité, confidentialité		Souhaitent du respect: comme individu, envers leur domicile et leur autonomie	

Nous avons ainsi présenté les résultats et mis en évidence les éléments importants, perçus par les soignants et les patients, liés à la relation et aux positionnements de chacun lors des soins prodigués à domicile. Nous allons maintenant discuter ces résultats, en les mettant en lien avec les cadres théoriques développés dans notre problématique.

7 DISCUSSION

Nous allons tout d'abord poser un regard critique sur nos articles et définir leurs limites. Nous reprendrons ensuite les principaux résultats et les discuterons, en lien avec les éléments développés dans notre état de la question et nos cadres de référence. La discussion va se faire par thématique, en regroupant les points de vue des patients et des soignants, par rapport à la relation, aux positionnements et au rôle infirmier. Nous allons finalement répondre à notre question de recherche et terminerons ce chapitre par les limites de notre revue de littérature.

7.1 REGARD CRITIQUE ET LIMITES DE NOS ÉTUDES

Tous nos articles sont de type qualitatif, ce qui constitue une première limite. Nos études effectuent aussi une analyse interprétative des discours, ce qui amène aux limites de l'analyse du langage, normatif ou descriptif, comme le mentionne Öresland et al (grilles E7, limites). Nous voyons également des biais d'interprétation possibles de la part des auteurs qui étaient relativement peu nombreux par article, allant de un à cinq auteurs (un article avec un auteur (E4) et cinq auteurs dans un seul article (E5)). De la rigueur était cependant présente, car les analyses des données ont été faites minutieusement dans huit articles sur dix (seule l'E8 et l'E10 sont moins rigoureuses et explicites dans leur méthodologie). Quatre articles utilisent le logiciel informatique *NVivo* afin de coder leurs données (E1, E2, E5, E9) et quatre autres articles se réfèrent à des modèles de codage pour analyser et catégoriser leurs résultats (E3, E4, E6, E10). Un critère de rigueur manquait toutefois dans tous les articles : celui de la saturation des données.

Une autre limite de nos articles est que nous avons utilisé deux paires d'articles écrits par les mêmes auteurs : les études 1 et 2 et les études 7 et 8. Les thèmes traités dans chacun des articles étant cependant différents et pertinents pour notre travail, nous les avons tout de même inclus. Une limite supplémentaire dans les études 1 et 2 est que le recueil de données a été fait auprès de la même population de 24 infirmières, ce qui réduit notre population totale de soignants. Les échantillons de nos articles sont généralement petits ($n \leq 24$), et, bien qu'ils aient été choisis rigoureusement, cela rend difficile une généralisation des résultats. Nous estimons celle-ci toutefois possible grâce aux concepts, théories et références à d'autres études largement présentés dans les

articles et qui sont venus appuyer la validité des résultats. Une transférabilité des résultats nous paraît également possible, car nos échantillons rejoignent les populations suisses de SAD et ils ne sont pas spécifiques à une pathologie ou type de soins. De plus, toutes les études sont issues de pays occidentaux et sont récentes, les plus anciennes datant de 2008 (E4, E8).

7.2 DISCUSSION DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LA PROBLÉMATIQUE

7.2.1 LA RELATION SPÉCIFIQUE À DOMICILE

Nous allons discuter ici les caractéristiques de la relation spécifique à domicile, qui nous semblent importantes car elles sont ressorties autant du côté des soignants que des patients : l'égalité, la réciprocité, la proximité relationnelle et le respect du rythme des patients.

7.2.1.1 L'ÉGALITÉ

Nous constatons que la relation tend à devenir égalitaire à domicile (Wälivaara & al (E1), 2013, Öresland & al (E8), 2008, Crevier & al, 2010) car une égalité semble recherchée autant par les soignants que par les patients (Wälivaara & al (E1), 2013, Holmberg & al, 2012, Corbett & al, 2014, Turpin & al, 2012, Öresland & al, 2008 (E8, E9), Crevier & al, 2010) et semble possible grâce au contexte du domicile (Öresland & al (E9), 2008, Griesbrecht & al, 2014, Crevier & al, 2010). Cela confirme ce que nous avons vu dans notre problématique où, selon Ennuyer (2006), la position hiérarchique d'expert se perd à domicile, pour devenir un cheminement avec une personne (Ennuyer, 2006), un accompagnement (Collière, 1996). Les professionnels ne peuvent cependant pas oublier leur rôle professionnel, dès lors comment faire passer un message ou des informations médicales sans pour autant se positionner ou être perçu dans une position « supérieure » et par conséquent risquer de nuire à la relation? Nous faisons ici le lien avec les compétences relationnelles, en communication et en adaptation, indispensables des infirmières à domicile (Poletti, 2005, Bardet 2005, Collière, 1996, ISCC, 2010) qui devraient permettre aux infirmières d'arriver sur un terrain d'égalité avec le patient, indispensable afin de pouvoir cheminer avec lui.

Nous constatons également que la relation se construit à domicile plus comme une relation privée (Öresland & al (E8), 2008), ce qui est rejoint par l'utilisation du terme

d'« amitié » (Wälivaara & al (E2), 2013, Mc Garry, 2008, Turpin & al, 2012). Nous nous demandons dès lors si les aspects relationnels à domicile ne font pas plus appel aux processus personnels d'interactions sociales des infirmières, plutôt qu'à leurs références professionnelles, le cadre connu de l'institution n'étant plus présent à domicile ? L'infirmière étant une personne sociale (Wälivaara & al (E1), 2013), elle va interagir et se positionner en suivant ses propres valeurs, personnelles et professionnelles (Edmond & Picard, 1996). Nous constatons également que le contexte informel du domicile, plus convivial (Crevier & al, 2010), ainsi que la nécessité de créer une bonne relation (Wälivaara & al (E1, E2), 2013, Crevier & al, 2010, Corbett & al, 2014, Öresland & al (E8), 2008, Griesbrechta & al, 2014, Mc Garry, 2008) permet un rapprochement avec le patient et modifie le but et le sens de la relation (Edmond & al, 1996). Ces modifications semblent inciter les soignants à adopter un positionnement plus personnel, qui rejoint les positionnements d'ami ressortis dans les résultats (Mc Garry, 2008, Wälivaara & al (E2), 2013). Ceci est également appuyé par l'implication personnelle des infirmières importante pour la création du lien de confiance (Wälivaara & al (E1, E2), 2013, Mc Garry, 2008, Corbett & al, 2014, Öresland & al (E8), 2008). La relation se co-construisant mutuellement (Picard, 1992), selon le contexte, les rituels qui s'y rapportent et les objectifs de chacun (Anzieu et Martin, 1990, in Picard, 1996, Edmond et Picard, 1996), il nous paraît presque évident que la relation à domicile va devenir plus égalitaire et personnelle car elle fait référence à des rituels sociaux de l'ordre du privé, tout en restant professionnelle, du fait de son objectif premier.

7.2.1.2 LA RÉCIPROCITÉ

Nous voyons que la réciprocité est une autre caractéristique importante de la relation à domicile (Wälivaara & al (E1, E2), 2013, Corbett & al, 2014). Nous faisons ici le lien avec les principes d'échanges sociaux (Edmond et Picard, 1996). En effet à domicile, les patients divulguent, involontairement, beaucoup d'informations personnelles au travers de leur habitat et leur façon de vivre, livrant ainsi une tout une part de leur identité et de leur intimité aux infirmières (Ennuyer, 2006, Kaufmann 1997, Pretto & Mitchell, 2004). Le patient s'étant quelque part mis à nu, nous nous demandons si ce n'est pas le principe de réciprocité qui suscite l'envie des patients de connaître davantage d'informations personnelles sur les soignants en retour, ce point ressortant comme facilitant la relation (Corbett & al, 2014, Turpin & al, 2012). Nous voyons cela comme une envie d'être à « égalité » dans la relation, qui transparait également par une

meilleure connaissance mutuelle (Griesbrechta & al, 2014, Crevier & al, 2010). Nous nous demandons aussi si l'implication personnelle des infirmières ne serait pas due aux informations « bonus » qu'elles reçoivent à domicile ? Est-ce que les infirmières se sentent-elles quelque part obligées d'y répondre de manière équivalente en s'engageant de façon plus personnelle ? Nous avons vu, que la relation soignante nécessite un engagement personnel de la part du soignant (Potier, 2002). Or celui-ci nous semble à domicile accentué par l'égalité et la réciprocité des interactions.

7.2.1.3 LA PROXIMITÉ ET LA GESTION DES DISTANCES RELATIONNELLES

Finalement, nous constatons que cette relation, plus égale et réciproque, amène à une plus grande proximité à domicile (Wälivaara & al (E1, E2), Mc Garry, 2008, Corbett & al, 2014, Turpin & al, 2012, Öresland & al (E7), 2009, Griesbrechta & al, 2014, Crevier & al, 2010). Celle-ci suscite la question des distances relationnelles, qui ressort comme le challenge central des SAD (Wälivaara & al (E1, E2), Crevier & al, 2010). Cette question confirme notre problématique où nous avons déjà vu son importance (Leduc & al, 2007, Rioult, 2001, Vérani, 2011, Ennuyer, 2006, Hue, 2009), en lien avec le respect de l'intimité, de l'identité et de l'autonomie du patient (annexes 8, 9, 10). Les risques de cette proximité rejoignent également notre problématique : la confusion des rôles chez les soignants (Crevier & al, 2010, Pretto & al, 2004) et une perte d'intégrité chez les patients (Öresland & al (E7), 2009, Crevier & al, 2010, Kaufmann (1997), Leduc & al, 2007). Nous nous demandons dès lors quelles stratégies utilisent les professionnels afin d'établir ces bonnes distances concrètement ? La bonne distance n'est-elle liée qu'à l'intimité (Hue, 2009) ou y a-t-il d'autres connaissances ou stratégies à avoir ?

Nous voyons tout d'abord le positionnement d'invité (Mc Garry, 2008, Öresland & al (E8), 2008, Crevier & al, 2010), qui rejoint le respect des limites (Corbett & al, 2014, Griesbrechta & al, 2014) comme un moyen de préserver l'intégrité des patients et de créer une mise à distance psychique, qui nous l'avons vu permet au patient de rester maître chez lui (Ennuyer, 2006). Nous voyons également que ce positionnement respectueux concorde avec celui de « sauvegarde » pris par les patients (Öresland & al (E7), 2009), celui-ci étant pris dans un but d'auto-protection, pour préserver leur intimité et leur autonomie (Öresland & al (E8), 2008). Nous faisons ici encore un lien avec les solides compétences relationnelles et d'adaptation demandées aux infirmières à

domicile (Poletti, 2005, Bardet 2005, Collière, 1996, ISCC, 2010) qui ont été confirmées dans nos résultats (Mc Garry, 2008, Crevier & al, 2010). Nous estimons ici que ces capacités sont indispensables afin de préserver l'intégrité de chaque patient, par une distance adéquate dans la relation.

Nos résultats montrent également des stratégies de gestion des distances liées au rôle professionnel, en faisant appel à la conscientisation de leur mission (Öresland & al (E8), 2008) aux considérations éthiques des infirmières (Wälivaara & al (E1, E2) ainsi qu'à leurs expériences (Corbett & al, 2014). Nous constatons cependant qu'une certaine confusion persiste par rapport au rôle infirmier (Mc Garry, 2008, Öresland & al (E8), 2008, Griesbrechta & al, 2014), que nous relierions à l'inversion des rôles et au sens différent des SAD développés dans notre problématique (Bass, 1992 in Ennuyer, 1996, Collière 1996). Nous voyons ici une perte de repères par rapport à la relation, plus proche, égale et réciproque à domicile, qui peut expliquer la difficulté des professionnels à trouver un nouvel équilibre, différent de celui appliqué dans un milieu hospitalier. Nous constatons également que l'expérience des infirmières permet d'améliorer cette pratique de la « bonne » distance (Corbett & al, 2014), ce qui nous fait penser que le rôle infirmier, et par conséquent la posture et la relation deviennent plus clairs avec l'expérience.

Nous faisons également le lien entre la question des distances et les valeurs de l'infirmière, personnelles et professionnelles. Les valeurs personnelles sont en effet fortement sollicitées à domicile, au travers de l'autonomie infirmière (ASI, 2011, Bardet, 2005, ISCC, 2010, FASDS, 2005, Piguet, 2009), de la notion d'intimité qui renvoie aux propres tabous de chacun (Vérani, 2011) et des considérations éthiques (Vérani, 2011). De plus, la relation nécessite pour le soignant d'être conscient de ses propres limites (Dayde & al, 2007). Nous pensons ici qu'une gestion des bonnes distances passe également par une connaissance claire des valeurs des infirmières. Sur le plan professionnel, nous avons déjà constaté que ces valeurs ne sont pas forcément bien explicitées par rapport à leur rôle, il nous semble important que les infirmières soient dès lors conscientes de leurs propres limites à la relation et informées de la nature de la relation à domicile, qui demande davantage d'implication personnelle.

Finalement, la relation nous semble à « ré-inventer » à domicile, selon d'autres critères plus personnels et sociaux qu'institutionnels. Cela nous amène à une dernière stratégie pour gérer ces distances relationnelles: la co-construction de la relation (Wälivaara & al

(E2), 2013, Turpin & al, 2012, Öresland & al (E8), 2008). Les interactions dépendent en effet de la personnalité de chacun des intervenants (Edmond & al, 1996) et s'adapte à chaque individu (HES-SO, 2009). Nous voyons ici l'occasion de faire évoluer le degré d'intimité, en même temps que la relation (Vérani, 2011) et nous supposons dès lors que la gestion des distances relationnelles va s'adapter à chaque relation et à chaque situation. Nous constatons encore une autre adaptation nécessaire à domicile, celle du rythme.

7.2.1.4 LE RESPECT DU RYTHME, PRENDRE LE TEMPS

Le respect du rythme des patients, qui passe aussi par prendre le temps de bavarder, est ressorti comme une chose importante (Wälivaara & al (E2), 2013, Holmberg & al, 2012, Turpin & al, 2012, Corbett & al, 2014). Cet aspect confirme la théorie de Peplau (1995) pour qui un respect du rythme et une adaptation au moment présent sont nécessaires afin de créer un climat de confiance (Peplau, 1995). Or nous nous demandons à nouveau (question déjà soulevée dans notre problématique) si les infirmières ont suffisamment de temps pour respecter le rythme de chacun lors de leurs interventions? Nous supposons ici qu'avoir une marge de manœuvre par rapport au temps de chaque visite serait bénéfique pour les soignants, car chaque situation de soins est différente et dépend de beaucoup de variables à prendre en compte (Collière, 1996, Edmond & al, 1996). Nos résultats montrent toutefois que quelques minutes suffisent pour les patients (Corbett & al, 2014, Turpin & al, 2012) pour qui l'important réside dans la qualité de l'interaction, à travers une présence vraie (Wälivaara & al (E2), 2013). Cette qualité de savoir-être nécessite toutefois un effort conscient de la part des professionnels pour qui la relation doit être prioritaire (Wälivaara & al (E2), 2013).

Nous pensons donc qu'il vaudrait mieux avoir quelques minutes, dans une posture éclairée, qu'une heure dans une « mauvaise » relation qui serait pour nous une interaction où les notions d'égalité, de réciprocité, de proximité, de respect de l'intimité, de l'identité, de l'autonomie et du rythme abordées ci-dessus ne seraient pas prises en compte par les soignants et pourraient par conséquent nuire à leur intégrité.

Prendre le temps ne signifierait-il pas aussi prendre le temps de bien comprendre tous les enjeux de la situation lors d'une visite à domicile, afin de pouvoir s'y rendre dans la meilleure posture possible ?

7.2.2 LES MODIFICATIONS DES POSTURES

Toutes nos études montrent que les postures, tout comme la relation vue ci-dessus, sont modifiées et influencées par le contexte du domicile. Les postures sont plus égalitaires (Wälivaara & al (E1), 2013, Öresland & al (E8), 2008, Crevier & al, 2010), le respect est très présent chez les soignants (Wälivaara & al (E1), 2013, Mc Garry, 2008, Griesbrechta & al, 2014, Öresland & al (E8), 2008) et les patients semblent plus sûrs de leurs droits qu'en milieu hospitalier (Öresland & al (E7), 2009, Turpin & al, 2012, Holmberg & al, 2012).

7.2.2.1 PERSONNEL OU PROFESSIONNEL ?

Nous avons vu que les différents positionnements à domicile : invité, personnel ou professionnel, sont induits par la nécessité de maintenir une certaine distance relationnelle, et une perte de repères des rôles de chacun à domicile (Mc Garry, 2008, Öresland & al (E8), 2008, Griesbrechta & al, 2014).

Nous constatons aussi, du côté des patients, une diversité dans les positionnements. Ils voient en effet les infirmières tantôt comme des professionnels (Holmberg & al, 2012, Öresland & al (E7), 2009), des amies (Turpin & al, 2012, Mc Garry, 2008), ou des invitées (Griesbrechta & al, 2014) et se positionnent eux-mêmes soit en mode « sauvegarde », soit comme des clients ou des hôtes. Ces nombreux positionnements nous semblent le signe d'un manque de clarté dans les rôles et statut de chacun, différents du monde connu et habituel d'une relation « classique » en milieu hospitalier. Nous faisons ici le lien avec les notions de relation et d'interaction où les rôles, les statuts, les positionnements et les postures sont tous inter-reliés (Edmond & al, 1996). Nous estimons dès lors que la modification de l'un va inévitablement influencer les autres et nous avons vu que les rôles sont inversés à domicile (Pretto & al, 2004). Il nous paraît ici important d'explicitier ce changement de dynamique dans la relation et les postures auprès des professionnels, afin qu'ils puissent mieux l'intégrer dans leur pratique.

Nous avons vu qu'adopter une posture respectueuse est cependant utile afin de maintenir une distance dans la relation, notamment par le positionnement d'invité que nous allons discuter maintenant.

7.2.2.2 LE POSITIONNEMENT D'INVITÉ DES INFIRMIÈRES OU LE RESPECT DU TERRITOIRE DU PATIENT

Ce positionnement est ressorti fréquemment (Wälivaara & al (E1), 2013, Mc Garry, 2008, Öresland & al (E8), 2008, Griesbrechta & al, 2014) essentiellement du point de vue des soignants. L'invité étant celui qui n'est pas sur « son territoire », nous considérons ce positionnement comme une marque de respect envers le territoire du patient, respect qui semble indispensable pour obtenir sa confiance (Holmberg & al, 2012, Öresland & al (E8), 2008, Öresland & al (E7), 2009, Griesbrechta & al, 2014, Crevier & al, 2010). Cela confirme notre problématique qui mentionnait également ce positionnement d'invité des soignants car ils ne sont plus en terrain connu (Pretto & al, 2004, Ennuyer, 2006). Nous estimons tout d'abord que ce positionnement fait appel aux règles de savoir-vivre des infirmières (Wälivaara & al (E1), 2013), qui font elles-mêmes appel aux rituels et codes sociaux (Edmond & al, 1996). Nous constatons ici des processus d'interactions sociales qui interviennent et induisent « naturellement » ce positionnement d'invité pris par tout-un-chacun lorsqu'il se rend dans le domicile de quelqu'un d'autre.

Nous faisons également un lien entre ce positionnement d'invité et le respect de l'intimité des patients qui, nous l'avions vu est doublement présente à domicile et nécessite une prise de distance (Hue, 2009, Ennuyer, 2006). Le territoire du patient et ses objets sont symboliquement reliés au corps (annexe 8.2) et à l'identité d'une personne (annexe 8.1). Un manque de respect envers le territoire peut être ressenti comme un envahissement ou une « agression » du territoire, qui se trouve être non seulement un territoire concret d'habitation, mais aussi un territoire intime, corporel et identitaire. Nous supposons ici que le positionnement d'invité est pris par les professionnels afin de respecter l'intimité et l'identité des patients. Ce positionnement serait donc une adaptation à ce milieu de soins. Du côté des patients, nous faisons également un lien avec le positionnement de sauvegarde exprimé par certains patients, adopté dans un souci d'auto-protection (Öresland & al (E7), 2009). Nous voyons celui-ci comme une confirmation de leur besoin de protéger leur intimité et leur intégrité par rapport aux soignants et nous comprenons qu'un positionnement respectueux du territoire soit dès indispensable pour la création d'une relation de confiance.

7.2.2.3 LE STATUT DES PATIENTS MODIFIÉ PAR LE CONTEXTE

Nous constatons aussi que le statut des patients est quelque peu modifié par leur environnement familial: ils se sentent plus forts (Hill1, in Holmberg & al, 2012) et ressentent plus le droit de s'exprimer par rapport au milieu hospitalier (Holmberg & al, 2012). Un fort sentiment d'appartenance à domicile semble augmenter l'autonomie des patients (Holmberg & al, 2012, Öresland & al (E7), 2009). Nous supposons ici que ce sentiment est relié à la notion d'identité qui s'exprime au travers du domicile (annexe 8.1) et qui est renforcée, soutenue par les repères familiaux. Nous avons vu que les interactions sont dépendantes de la personnalité de chacun (Edmond & al, 1996), et par conséquent, si l'identité des patients est augmentée, les interactions avec les soignants seront modifiées par ce changement de statut. Par rapport au milieu hospitalier où ils sont peut-être plus dans une position « soumise » (Griesbrecht & al, 2014), les patients seront plus aptes à exprimer leurs volontés à domicile (Holmberg & al, 2012, Öresland & al (E7), 2008, Turpin & al, 2012) et par conséquent maintenir une plus grande autonomie vis-à-vis des soignants car l'autonomie fait aussi appel à des notions identitaires (Warchol, 2009). Cet aspect, lié au domicile, nous paraît important à prendre en compte dans les soins. En effet nous voyons l'importance des objets familiaux et leur influence sur l'identité.

7.2.2.4 LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DU PATIENT

Nous constatons que l'autonomie des patients est augmentée à domicile (Holmberg & al, 2012, Öresland & al (E7), 2009, Turpin & al, 2012) et les patients, tout comme les soignants décrivent l'importance de respecter cette autonomie (Wälivaara & al (E1, E2), 2013, Öresland & al (E8), 2008, Holmberg & al, 2012 Öresland & al (E7), 2009, Turpin & al, 2012). Nous estimons premièrement que le respect de l'autonomie des patients est possible grâce au respect du territoire que nous venons de voir, car il s'agit aussi du respect de leur identité et de leur intimité, notions qui font partie des attributs de l'autonomie (Warchol, 2009). De plus, le domicile est le lieu où s'exerce l'autonomie (Leduc & al, 2007) et le patient est, par définition : « le maître de maison » (Ennuyer, 2006, p. 19-20). L'importance de l'autonomie développée dans notre problématique (Collière, 1982, ASI, 2011, Leduc & al, 2007) est donc confirmée dans nos résultats.

Augmenter l'auto-détermination est aussi l'un des objectifs des SAD (www.spitex.ch, 2013) et nous voyons ici un moyen, au travers des marques de respect, de parvenir à cet

objectif, tout en respectant les besoins des patients. Pour la personne âgée, nous avons vu que c'est plus la possibilité de faire des choix et de se sentir encore quelqu'un qui est importante (Major & al, 2001) et en effet les stratégies pour une bonne relation ressortent la nécessité d'être focalisée sur la personne et non sur les tâches à effectuer ou sur les documents administratifs (Mc Garry, 2008, Crevier & al, 2010, Wälivaara & al (E1), 2013, Öresland & al (E7), 2009). L'autonomie étant une expérience interactive (Major & al, 2001), nous voyons à domicile un respect de l'individu, qui potentialise cette autonomie et permet un respect de l'intimité « psychique » indispensable afin que la personne puisse rester « maître chez elle » (Ennuyer, 2006). Nous constatons aussi que le positionnement de sauvegarde des patients est décrit avec le but de maintenir leurs possibilités aussi longtemps que possible (Öresland & al (E7), 2009). Respecter l'autonomie des patients nous semble donc bénéfique autant pour les patients qui vont se sentir plus autonomes que pour les soignants qui vont respecter leur objectif, mais aussi pour le système socio-sanitaire, qui va potentialiser ses économies en maintenant les patients plus longtemps à domicile (Weber & al, 2011).

Après avoir discuté la relation et les positionnements qui sont intimement liés, nous allons encore discuter le rôle professionnel infirmier.

7.2.3 LE RÔLE INFIRMIER

Nos études décrivent le rôle infirmier comme complexe à domicile et différent du rôle en milieu hospitalier (Griesbrechta & al, 2014, Öresland & al (E8), 2008, Mc Garry, 2008), ce qui rejoint notre problématique. Bien que parfois peu clair pour certains professionnels, un rôle « social » très important est toutefois ressorti (Mc Garry, 2008).

7.2.3.1 DOMICILE VS HÔPITAL

Comme déjà mentionné dans notre problématique, nous constatons que le manque de clarté du rôle infirmier à domicile vient de la norme des soins qui se situe en milieu hospitalier (Ennuyer, 2006, Collière, 1996). Du fait des nombreuses modifications (contexte spécifique, relation différente, multiples positionnements, enjeux territoriaux), nous supposons que les soignants, à l'inverse des patients, subissent une diminution de leur identité professionnelle qui peut soulever des questionnements ou des incertitudes par rapport à leur rôle professionnel ?

Les infirmières soulignent cependant la présence des valeurs fondamentales des soins infirmiers à domicile, qui s'expriment au travers de la relation, plus humaine (Mc Garry, 2008). Cette qualité de relation à domicile renforcent aussi l'identité infirmière domicile (Wälivaara & al (E1), 2013, Öresland & al (E7), 2009) et la satisfaction des professionnelles (Mc Garry, 2008). Nous nous demandons aussi si la plus grande autonomie infirmière et sa plus grande implication personnelle ne leur permet pas d'exercer plus librement leur rôle professionnel par rapport au milieu hospitalier où les soins sont beaucoup plus conditionnés par les règles du biomédical? Le contexte du domicile appelle à des références sociales, humaines et par conséquent moins techniques. Or la technicité des soins est nous l'avons vu utilisée pour mettre une distance dans la relation (Leduc & al, 2007), le biomédical ne serait-il pas devenu plus un moyen de se protéger de la part des soignants ? Ou de moins s'impliquer personnellement ? Aux dépens des aspects relationnels fondamentaux qui, selon Collière, doivent justement primer sur les soins de réparation (Collière, 1982).

Nous nous demandons également si ce « modèle » de relation présent aux SAD (plus égal, plus proche et respectueux) et qui semble bénéfique autant pour les patients (autonomie augmentée augmente leur propre estime) que pour les soignants ne devrait pas être transposé aux milieux institutionnels? Ou il faudrait peut-être revoir à la baisse l'importance des aspects biomédicaux dans le rôle infirmier à l'hôpital ?

7.2.3.2 LA PROMOTION DE LA SANTÉ

Nous voyons également qu'un focus moins biomédical permet d'être centré sur la relation et la promotion de la santé (Turpin & al, 2012, Griesbrechta & al, 2014), ce qui rejoint notre problématique (Collière, 1996, www.avasad.ch, 2012, ISCC, 2010, Ennuyer, 2006). Cependant, nous avons également vu qu'au niveau suisse, le but des SAD n'est pas clairement la promotion de la santé, mais plus le maintien à domicile (annexe 2.2). Nous nous demandons ici si ce manque de clarté n'entraîne pas une difficulté, pour les infirmières, à définir clairement leur rôle à domicile ? Des imprécisions nous semblent présentes par rapport au rôle de promotion de la santé des infirmières dans les institutions et les cadres socio-politiques suisses (annexes 2 et 5), tout comme il existe un manque de reconnaissance des responsabilités infirmières (initiative Joder, ASI, 2011). En comparaison, nous constatons une posture claire et bien définie des SAD au Canada (dont s'inspire d'ailleurs la FASDS) et nous avons vu

qu'une bonne pratique autonome nécessite une connaissance claire du rôle et de la posture (Piguet, 2009). Il nous semble que des éclaircissements au niveau des cadres institutionnels, politiques et légaux seraient bénéfiques pour les infirmières afin qu'elles aient une meilleure vision de leur rôle. Nous avons vu également que la promotion de la santé est l'une des responsabilités des infirmières (CII, 2006) et elle se retrouve largement dans le référentiel de compétences de la FASDS (annexe 20). Nous nous demandons ici, sans toutefois porter un jugement d'aucune sorte, si les aspects de ce concept sont clairs et/ou intégrés pour les infirmières ? Ne sont-elles pas également plutôt centrées sur les aspects biomédicaux dans leur rôle professionnel ? Etant donné que c'est plutôt cet aspect qui est prioritaire dans le monde hospitalier (annexe 17.1) qui reste la référence en matière de soins.

7.2.3.3 UN RÔLE SOCIAL SOUS-ESTIMÉ

Nous constatons dans nos résultats un important rôle social joué par les infirmières (Holmberg & al, 2012, Mc Garry, 2008, Corbett & al, 2014, Turpin & al, 2012, Öresland & al (E7), 2008, Crevier & al, 2010). Une connexion dans la communauté leur permet de se sentir moins isolés (Crevier & al, 2010, Corbett & al, 2014), valorise les patients, potentialise leur autonomie (Major & al, 2001, Crevier & al, 2010) et possède une valeur thérapeutique (Corbett & al, 2014, Crevier & al, 2010). Nous faisons ici le lien avec les nombreuses personnes âgées (bénéficiaires majoritaires des SAD, OFS, 2013), qui vivent malheureusement souvent de manière isolée. Nous estimons que l'importance du lien social doit dès lors être prise en compte pour un grand nombre de patients des SAD.

Or nous constatons que la valeur de ce lien social, qui passe par la relation soignante, a malheureusement tendance à être sous-estimée et est peu reconnue (Corbett & al, 2014, Crevier & al, 2010). Nous constatons aussi, sur le plan légal, un certain manque de reconnaissance (annexes 5). En effet les aspects relationnels des infirmières ne sont pas mentionnés en tant que tels dans les prestations OPAS, mais englobé dans la catégorie d'évaluation. Bien que cette prestation soit celle qui ait le plus haut tarif, ne serait-elle pas encore sous-estimée ? En effet si nous estimons les bénéfices d'un maintien à domicile prolongé, ne vaudrait-il pas encore plus soutenir et encourager l'action sociale des infirmières par une meilleure reconnaissance et une plus grande valorisation ? L'étude 6 va d'ailleurs dans ce sens en disant la nécessité de promouvoir

la santé relationnelle à domicile (Turpin & al, 2012). Le canton de Fribourg semble avoir compris l'importance du maintien à domicile ou du moins son impact financier, par l'octroi des indemnités forfaitaires (annexe 5.2). Il serait peut-être dès lors ouvert à d'autres restructurations, qui mettraient notamment l'accent sur la valeur des liens relationnels en les incluant pleinement dans les positions tarifaires.

Nous pensons également qu'au niveau du rôle infirmier, le cadre institutionnel ou les « murs » devenant ceux du domicile du patient, les aspects sociaux sont inévitables car, selon Nadot, le SC1 influence le rôle (Nadot, 2014). Ce nouveau cadre appellera donc « logiquement » à d'autres aspects plus sociaux et relationnels que médicaux. Nous nous demandons ici si une formation complémentaire ne serait pas nécessaire pour les infirmières afin de cerner toutes ces modifications du rôle, de la relation et des positionnements ?

7.2.3.4 L'ÉTHIQUE À DOMICILE

Nous voyons des dimensions éthiques chez les soignants dans leur positionnement et leur relation (Wälivaara & al (E1, E2), 2013, Crevier & al, 2010, Griesbrechta & al, 2014, Öresland & al (E8), 2008). Ces questionnements sont cependant pour la plupart implicites dans nos résultats et, hormis la question de la confidentialité, ils ne rejoignent pas les questions soulevées dans notre problématique (Zumwald, 2010, Pretto & al, 2004).

Les aspects éthiques ressortent dans nos études comme étant liées aux interactions sociales (interdépendance) (Wälivaara & al (E2), 2013). Nous expliquons cela car la relation est plus intense à domicile et donc l'éthique dans la relation le sera également. Nous mettons aussi cela en lien avec le cadre du domicile, où l'intimité, beaucoup plus présente questionne davantage les soignants, mais aussi parce que le cadre institutionnel n'est pas présent « physiquement » lors des contacts avec les patients et l'autonomie infirmière est plus grande. Nous avons vu que l'infirmière étant seule auprès des patients ne peut se référer qu'à son propre jugement (Pretto & al, 2004), qui fait appel à ses valeurs personnelles et professionnelles, tout comme la posture professionnelle (Edmond & al, 1996).

Nous constatons aussi que ses responsabilités professionnelles l'obligent quelque part à avoir une bonne relation, car elle a moins le contrôle qu'en milieu hospitalier (Pretto & al, 2004). D'un point de vue éthique ne se doit-elle pas de créer une bonne relation ?

Celle-ci étant le « véhicule » qui permet de faire passer un message et des informations. Nous voyons ici également peut-être des limites à la relation ? Ces questions éthiques la confrontent à ses propres valeurs et dès lors nous nous demandons jusqu'où l'infirmière accepte-t-elle d'aller pour construire et/ou poursuivre la relation soignante ? Nous avons vu aussi que l'institution de SAD pouvait jouer un rôle dans le soutien des questions éthiques des infirmières à domicile (Pretto & al, 2004). Nous nous demandons si les institutions de SAD, dans nos études ne sont pas plus présentes pour les infirmières, qui de ce fait ne sont pas confrontées aux mêmes dilemmes éthiques ressortis en Suisse (annexe 21.4) ?

7.3 RÉPONSES À LA QUESTION DE RECHERCHE

Dans le contexte spécifique des soins à domicile, quels sont les éléments importants de la relation et des positionnements à prendre en compte dans le rôle infirmier, afin d'optimiser la relation infirmière-patient ?

Comme les éléments importants de la relation et des positionnements transparaissent au travers des résultats et de la discussion ci-dessus, nous allons ici simplement les reprendre brièvement.

La relation est différente à domicile ; elle se construit dans l'égalité et la réciprocité et il n'y a plus de positionnement d'expert. La proximité sera beaucoup plus importante avec le patient et l'infirmière devra cependant trouver le moyen de maintenir une distance psychique nécessaire afin que le patient ne se sente pas « agressé » dans son intimité et puisse maintenir son autonomie maximale. Ces moyens passeront par des compétences relationnelles indispensables pour s'adapter à chaque patient et co-construire une relation dans une distance adéquate. Prendre en compte et respecter le rythme du patient et son autonomie est également primordiale.

Un positionnement respectueux du domicile sera primordial pour la relation. Le domicile est en effet le territoire du patient et il contient des symboliques identitaires et intimes fortes que les infirmières se doivent de traiter avec respect. Le positionnement d'invité est aussi induit par les codes sociaux. Il permet premièrement de mettre une distance à la relation et il favorise aussi la relation de confiance car le patient se sent également respecté dans son intimité et son identité. L'autonomie du patient est renforcée à domicile, et il se sent plus fort car il est « soutenu » par son environnement familial.

Le rôle infirmier est différent à domicile, par rapport au milieu hospitalier. Il se situe plus dans la promotion de la santé, les aspects relationnels et sociaux que dans les soins médico-délégués. La grande autonomie de l'infirmière nécessite une connaissance claire de son rôle et des enjeux du domicile, afin de pouvoir œuvrer à domicile dans une « bonne » posture. Elle nécessite également que l'infirmière soit consciente de ses propres limites et valeurs qui seront fortement sollicitées.

7.4 LIMITES ET POINTS FORTS DE NOTRE REVUE DE LITTÉRATURE

Notre revue de littérature n'est composée que d'articles de type qualitatif ce qui constitue une première limite. Nous l'expliquons cependant car notre but était d'explorer l'expérience de la relation auprès des patients et des soignants, qui est un but de type qualitatif en soit. Nous pensons toutefois qu'un certain manque de rigueur de notre part, ou une recherche trop intuitive lors de notre première recherche d'articles scientifiques a peut-être induit ce choix d'articles exclusivement qualitatifs. En effet notre question de recherche n'était au départ de notre travail pas assez ciblée et nous avons recherché des articles de manière très large. Nous recherchions des articles ayant une vision globale de la relation dans les SAD, avec une orientation sociale et, nous avons peut-être éliminé trop rapidement certains articles trop spécifiques et avons retenu et analysé trop rapidement certains autres. Ce n'est qu'en effectuant des recherches dans un deuxième temps que nous avons en effet découvert plusieurs autres articles intéressants et correspondants à nos critères qui auraient pu être inclus dans notre travail. Par manque de temps, nous n'avons cependant pas pu inclure ces autres articles.

Nous avons également eu des difficultés à cibler et synthétiser les informations utiles à notre revue, que ce soit dans notre problématique ou dans les études retenues. En effet, beaucoup d'aspects nous paraissaient intéressants à étudier et approfondir et nous avons eu tendance à nous égarer ou à voir la thématique trop largement. Cette revue nous a cependant appris énormément de choses, sur la thématique abordée, mais également sur notre manière de travailler. Elle nous appris à être plus rigoureuse, à structurer notre pensée, à faire preuve de patience, d'endurance et à mieux connaître nos limites. Nous le voyons maintenant comme un énorme apprentissage qui va nous être utile pour notre futur, autant professionnel lors d'une éventuelle formation complémentaire que sur un plan plus personnel.

Par rapport aux résultats de notre revue, nous voyons finalement, de par le choix de nos articles, une généralisation des résultats un peu compromise de par les petits échantillons de population, qui est toutefois compensée par une analyse des résultats rigoureuse. La transférabilité nous paraît tout à fait possible, les études se déroulant dans des pays industrialisés de culture occidentale, avec des populations de patients quasi similaire à la Suisse.

8 PERSPECTIVES

8.1 IMPLICATIONS ET PROPOSITIONS POUR LA PRATIQUE

Nous avons déjà ressorti de nos articles quelques stratégies utiles pour une bonne pratique relationnelle (cf points 6.1.1.5, 6.1.2.4, 6.2.1.1). Les nouvelles implications et recommandations pour la pratique développées dans ce point découlent des éléments importants répondant à notre question de recherche mentionnés ci-dessus.

Par rapport à la relation spécifique dans les SAD, il nous semble important d'explicitier aux infirmières les différences dans la relation (plus égale, réciproque et dans la proximité). Bien que la littérature et les services de SAD en suisse mentionnent l'importance des aspects relationnels, indiquer les raisons de leur importance et les liens avec les aspects identitaires, d'intimité et d'autonomie présents dans le cadre du domicile nous semble important car cela permettrait aux professionnels de mieux cerner les enjeux du domicile et par conséquent d'être plus adéquat dans la relation.

Indiquer les enjeux territoriaux du domicile et l'importance de respecter le domicile nous paraît également important, afin de préserver l'intégrité du patient. Le positionnement respectueux qui semble se faire spontanément pour les soignants (fréquemment mentionné) fait appel aux rituels et codes sociaux personnels des infirmières. Rendre conscient ces processus, permettrait peut-être aux infirmières de mieux gérer la question des distances relationnelles, d'autant plus que les frontières du territoire « symbolique » peuvent être très différentes selon le patient.

L'importance du rôle social des SAD auprès des patients, au travers du sentiment d'être encore quelqu'un, devra être fortement prise en compte par les professionnels à domicile. Cela passe par des interactions de qualité, où quelques minutes suffisent, pour autant qu'elles soient dans une vraie présence et dans une posture éclairée sur les notions abordées ci-dessus.

Informar les infirmières sur l'orientation différente du rôle dans les SAD, plus axé sur la promotion de la santé et les aspects relationnels, ainsi que les implications éthiques liées à l'autonomie de l'infirmière nous semble également important. Un soutien des institutions par rapport aux questionnements éthiques et autres nous paraîtrait également utile à mettre en place, afin que les infirmières se sentent soutenues par l'institution.

Devant ce nombre d'informations qu'il nous paraît important de transmettre aux infirmières travaillant à domicile, introduire une formation complémentaire ou simplement une formation interne aux institutions de SAD en Suisse nous paraîtrait utile afin d'explicitier clairement l'importance de ces côtés relationnels, en lien avec les spécificités du domicile.

Mieux définir et préciser le rôle infirmier spécifique à domicile et son importance économique et social dans le système socio-sanitaire permettrait peut-être aussi, au niveau politique et légal, une reconnaissance supplémentaire ? Celle-ci semble déjà amorcée par l'initiative Joder et les indemnités forfaitaires. Démontrer et valoriser l'importance des aspects relationnels et sociaux dans les prestations des soins permettraient une reconnaissance supplémentaire du rôle infirmier dans ce secteur et peut-être une optimisation du développement des SAD.

8.2 PROPOSITIONS DE RECHERCHES ULTÉRIEURES

Les SAD sont relativement nouveau et encore peu exploré dans la recherche en soins infirmiers. Du fait de leur accroissement, il nous paraîtrait intéressant d'investiguer, au niveau de la Suisse et/ou sur un panel plus large :

- la relation entre les patients et les soignants à domicile
- les besoins et les attentes des patients par rapport aux SAD
- le besoin de formation complémentaire des infirmières travaillant à domicile
- la gestion des distances relationnelles à domicile
- l'impact économique des SAD de qualité dans le système socio-sanitaire.

9 CONCLUSION

Au terme de ce travail, nous avons pu répondre à notre question de recherche grâce à nos articles et ainsi mettre en évidence les éléments importants de la relation et de la posture infirmière à domicile. Le développement très large de l'état de la question et des cadres de références nous y ont également aidé.

Nous avons pu constater que la relation, la posture et le rôle infirmier sont différents du contexte de soins hospitalier qui reste la référence en matière de soins. Ces modifications et les implications du domicile comme nouveau contexte de soins nécessitent d'être éclaircies et bien définies auprès des professionnels afin d'optimiser les soins infirmiers à domicile qui sont en plein essor.

Nos résultats, ainsi que les réponses à notre question de recherche ont permis de proposer des pistes d'actions pour la pratique ainsi que des propositions de recherches ultérieures. Nous espérons que ces quelques pistes pourront éventuellement soutenir le milieu des SAD et peut-être susciter un intérêt de recherche complémentaire plus approfondie.

Les SAD nous apparaissent finalement comme un contexte de soins très intéressant de par sa relation qui reste très humaine. Nous voyons cela comme une valeur ajoutée pour la profession infirmière et nous espérons avoir partagé cet intérêt au travers de ce travail.

10 RÉFÉRENCES

10.1 ARTICLES SCIENTIFIQUES INCLUS DANS LA REVUE DE LITTÉRATURE

Corbett, S. & Williams, F., (2014). Striking a professional balance: interactions between nurses and their older rural patients, *British Journal of Community Nursing*, April, 19 ; 4

Crevier, M., Couturier, Y. & Morin, P.,(2010). L'émergence de la proximité relationnelle à la faveur de l'intervention à domicile: ouvertures et tensions dans la relation clinique, *Nouvelles pratiques sociales*, 23 (1), 177-191

Giesbrecht, M. D, Crooks, V. A., & Stajduhar, K. I., (2014). Examining the language-place-healthcare intersection in the context of Canadian homecare nursing, *Nursing Inquiry*, 21 (1), 79-90

Holmberg, M., Valmari, G. & Lundgren, S. M.,(2012). Patients experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*,26, 705–712

Mc Garry, J., (2008). Defining roles, relationships, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study, *Health and Social Care in the Community*,17(1), 83–91

Öresland, S., Määttä, S., Norberg, A. and Lützén, K., (2009). Patients as 'Safeguard' and Nurses as 'Substitute' in Home Health Care, *Nursing Ethics*, 16 (2)

Öresland, S., Määttä, S., Norberg, A., Winther, J. & Lützen, K.(2008). Nurses as guests or professionals in home health care, *Nursing Ethics*, 15 (3)

Turpin, L.J., Mc William, C. L. & Ward-Griffin, C., (2012). The Meaning of a Positive Client-Nurse Relationship for Senior Home Care Clients with Chronic Disease, *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 31 (4) : 457–469

Wälivaara, B.-M, Sävenstedt, S. & Axelsson, K., (2013). Caring Relationships in Home-Based Nursing Care - Registered Nurses' Experiences, *The Open Nursing Journal*, 7, 89-95

Wälivaara, B.-M., Sävenstedt, S. & Axelsson, K., (2013). Encounters in Home-Based Nursing Care - Registered Nurses' Experiences. *The Open Nursing Journal*, 7, 73-81

10.2 RÉFÉRENCES DU TRAVAIL

Association Canadienne des Infirmiers et Infirmières en Santé Communautaire (ACIISC), (2008), *Normes canadiennes de pratique des soins infirmiers en santé communautaire*, [Page WEB]. Accès : http://www.chnc.ca/documents/chn_standards_of_practice_mar08_french.pdf [page consultée le 13 novembre 2013]

Association Suisse des Infirmières [ASI]. (2011). *Pour la reconnaissance légale de la responsabilité infirmière, Argumentaire, Projet de l'ASI de révision partielle de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal)*

Association suisse des services d'aide et de soins à domicile [ASSASD]. (2013). *Pour spécialistes, politique* [Page WEB]. Accès : <http://www.aide-soins-domicile.ch/index.cfm/0ED07A47-AB5B-C6C71CC1D034254E3CBE/> [page consultée le 26 décembre 2013]

Association suisse des services d'aide et de soins à domicile. (2013). *Pour clients, notre domaine* [Page WEB]. Accès : <http://www.spitex.ch/index.cfm/CFAD1211-C8F4-6C92-5B52FD8119D11097/> [page consultée le 26 décembre 2013]

Association suisse des services d'aide et de soins à domicile. (2012). *Cadre de compétences pour les collaborateurs et collaboratrices de l'aide et des soins à domicile*, [Page WEB]. Accès : <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/0CDC636B60/1D0461E279.pdf> [page consultée le 26 novembre 2013]

Association suisse des services d'aide et de soins à domicile. (2000). *Concept qualité pour l'aide et les soins à domicile*. [Page WEB]. Accès : <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB48B7E/0CDC636B60/EE49FA67F1.pdf> [page consultée le 26 novembre 2013]

Association vaudoise d'aide et de soins à domicile. (2012). *Nous connaître, mission*. [Page WEB]. Accès : http://www.avasad.ch/jcms/m_7010/fr/mission

Aubert, L. & San Marco, J.-L. (2007), *Santé Publique*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, p.15

Bardet, F., (2005), *Infirmière à domicile une aventure au quotidien*, Le Mont-sur-Lausanne : Fondation Ouverture.

Bevernage, C., (1996). Ethique et soins à domicile, *Ethica Clinica*, 3 :20-23

Brunner, L. & Suddarth, D. (2011), *Soins infirmiers en médecine et chirurgie, volume 1 généralités*, Bruxelles : De Boeck

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (2012). *Etymologie, Autonomie*. [Page WEB]. Accès : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/autonomie> [page consultée le 4 janvier 2014]

Chastonay, P., (1990). La santé communautaire (95-178). In Fragnière, J.-P. & Girod, R. (Ed.), (2002), *Dictionnaire suisse de politique sociale*, Lausanne, Réalités sociales

Colin, C. & Rocheleau, L., (2004). Les infirmières de santé publique au Québec : une contribution essentielle et...méconnue, *Santé publique*, 16 : 263-272

Collière, M-F., (1982), *Promouvoir la vie*, Paris : InterEditions

Collière, M-F., (1996), *Soigner...le premier art de la vie*, Paris : InterEditions

Confédération suisse, administration fédérale admin.ch, statistique suisse. (2013). *Les thèmes statistiques, 14-Santé, Quoi de neuf ? 19.11.2013, communiqué de presse pdf*. [Page WEB]. Accès: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/01/new.html>, [page consultée le 26 décembre 2013]

Conseil International des Infirmières [CII]. (2006). Code déontologique du CII pour la profession infirmière. Genève : Conseil international des infirmières.

Dallaire, C. & Goulet, O., (1999), *Soins infirmiers et société*, Montréal et Paris : Gaëtan Morin

Dayde, M.-C., Lacroix, M.-L., Pascal, C. & Salabras-Clergues, E., (2007), *Relation d'aide en soins infirmiers*, Société française d'accompagnement et de soins palliatifs, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson

Dechanoz, G. & Magnon, R. (1995), *Dictionnaire des Soins Infirmiers*, AMIEC

Delplanque D, (2009). *La démarche diagnostique en Kinésithérapie : un concept de soins*, Conférence INK, Salon mondial de rééducation, Vincennes.[Page WEB]. Accès: http://www.delplanque-formation.com/Files/conference_inkb.pdf[page consultée le 4 janvier 2014]

Ennuyer, B. (2006), *Repenser le maintien à domicile, enjeux, acteurs, organisation*, Paris : Dunod.

Fabrégas, B., (2001). L'intimité et la relation soignant-soigné, *Soins*, 652 :31

Fragnière & Cours politique sociale suisse. (2011). Maintien à domicile, renversement de perspectives dans la santé publique. [Page WEB]. Accès : <http://www.cours-politique-sociale.ch/fr/sante3maintiendom.doc--13469>[page consultée le 28 décembre 2013]

Fondation d'aide et de soins à domicile de la Sarine [FASDS]. (2010). *Prestations*. [Page WEB]. Accès: <http://www.fasds.ch/index.php?idm=3&page=PRESTATIONS>[page consultée le 26 décembre 2013]

Fondation d'aide et de soins à domicile de la Sarine [FASDS]. (2010). *Principes d'action* [Page WEB]. Accès :

http://www.fasds.ch/index.php?idm=2&page=PRINCIPES_DACTION&PHPSESSID=81071a14f27bbfef2562eb8ab1966f32
[page consultée le 28 décembre 2013]

Formarier, M. & Jovic, L., (Ed.), (2009), *Les concepts en sciences infirmières*, Lyon : Mallet Conseil

Fornerod, P., (2005), *La pratique du soin infirmier au XXIème siècle, repères conceptuels d'une pratique réflexive*, Cahiers de la section des sciences de l'éducation n° 106 Genève : Université

Fornerod, P., (2010). *L'approche interactionniste de la communication et de la relation*. [Page WEB]. Accès :
<https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/archi/prep10/sitf/5/Documents%20de%20cours/Relation%20professionnelle%20du%2030.11.2011.%20MS/Interactionnisme.pdf>
[page consultée le 24 janvier 2014]

Gross, J., Fornerod, P. et Bulliard-Derville, V. (2009). *Médiologie de la santé ou modèle conceptuel d'intermédiaire culturel de Michel Nadot*. [Page WEB]. Accès :
<https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/archi/prep10/sitf/1/Documents%20de%20cours/m%C3%A9diologie%20de%20la%20sant%C3%A9/2010%20R%C3%A9f%C3%A9rences%20cadres%20d%C3%A9ontologie%20et%20m%C3%A9diologie%20de%20la%20sant%C3%A9.pdf>
[page consultée le 30 novembre 2013]

Hall, E.T., (1971). *La dimension cachée, les distances chez l'homme*. [Page WEB]. Accès :
<https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/archi/prep10/sitf/5/Documents%20de%20cours/Relation%20professionnelle%20du%206.12.2010.%20MS/Les%20distances.pdf>
[page consultée le 4 janvier 2014].

Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale [HES-SO]. (2009). *Évaluation des compétences – niveau 3ème Bachelor*. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Haute Ecole de Santé Fribourg. (2012). *Les caractéristiques de la relation d'aide de Carl Rogers*. [Page WEB]. Accès :
<https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/bsc2011/modf/archi/5/Documents%20de%20cours/Approche%20humaniste,%20Carl%20Rogers/OB%20Texte%20explicatif%20de%20Rogers.pdf>
[page consultée le 1^{er} février 2014]

Houde, R., (1991), *Les temps de la vie, le développement psychosocial de l'adulte selon la perspective du cycle de vie*. Paris : Gaëtan Morin.

Hue, G., (2006), Intimité (196-197). In Formarier, M. & Jovic, L. (Ed.), *Les concepts en sciences infirmières*, Lyon : Mallet Conseil

Infirmières en Santé Communautaire du Canada [ISCC], (2010), *Compétences en soins infirmiers à domicile*, [Page WEB]. Accès :
<http://login.greatbignews.com/UserFiles/289/documents/CompetencesensoinsinfirmiersadomicileVersion1Mars2010.pdf>
[page consultée le 13 novembre 2013]

Jouffray C., (2011). *L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir, une approche qui vient faire bouger les postures dans l'accompagnement social*. [PageWEB].Accès :http://aifris.eu/03upload/uplolo/cv143_56.pdf[page consultée le 15 septembre 2014]

Larousse.fr : encyclopédies et dictionnaires (2012). *Dictionnaire de français*, [PageWEB].Accès :
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%B4le/69736>[page consultée le 15 décembre 2013]

Le Brun,H.&Centrale des syndicats du Québec,(2001).*L'autonomie professionnelle, Une question de sens au travail pour le personnel professionnel du réseau de la santé et des services sociaux*, [Page WEB].Accès :
<http://cbcsq.qc.net/sites/1672/documents/autonomi.pdf>
[page consultée le 13 décembre 2013]

Leduc, F. &Delcourt, J-B., (2007).Aider, soigner, accompagner les personnes à domicile, un éclairage sur l'intime, *Gérontologie et société*, 122 :145-149

Lheureux, F., (2010). Représentations professionnelles, satisfaction au travail et choix de carrière des personnels infirmiers : le rôle des valeurs d'autonomie, *Psychologie du Travail et des Organisations*, 16(4), 312-325

Loi du 8 septembre 2005 sur l'aide et les soins à domicile (LASD). Fribourg : le Grand Conseil.

Loi fédérale sur l'assurance-maladie au 1^{er} janvier 2012 (LAMal). Berne : le Conseil Fédéral.

Loiselle, C.G. &Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI

Major, F. &Pepin, J., (2001). L'expérience d'autonomie de la personne âgée qui vit avec un membre de sa famille, *Recherche en soins infirmiers*, 64 : 36-46

Ministère des Affaires sociales et de la santé français, (2013). *Rapport Flageolet, annexe 1, Prévention: définitions et comparaisons*, [PageWEB].Accès :
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>[page consultée le 3 janvier 2014]

Monod, S., Hongler, T., Castelli, T., Clivaz-Luchez, P.&Büla, C., (2011). Le ResidentAssessment Instrument-Home-Care (RAI-Domicile) : ce que le médecin de premier recours doit savoir, *Revue Médicale Suisse*, 7, 2176-83

Montoussé, M. &Renouard, G., (2009),*100 Fiches pour comprendre la sociologie*, Rosny : Bréal

Nadot, M., (2005). Au commencement était le prendre soin, *La revue de référence infirmière, Soins*, 700, 37-40

Nadot, M. (2008). La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel (359-382). In Dallaire, C. (Ed.). *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal: Gaëtan Morin.

Nadot, M., (2014), *L'activité soignante, le modèle d'intermédiaire culturel*. [Page WEB]. Accès:

<https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/bsc2011/modf/14/Documents%20de%20cours/D%C3%A9veloppement%20mod%C3%A8le%20IC%20et%20positionnement%20infirmier/Le%20mod%C3%A8le%20d%27interm%C3%A9diaire%20culturel%20%2808.01.2014%29.pdf> [page consultée le 18 janvier 2014]

OBSAN, (2009). Jaccard Ruedin H., Weaver F., Roth M. & Widmer M., Personnel de santé en Suisse, état des lieux et perspectives jusqu'en 2020

Office Fédérale de la Statistique, OFS, (2013). Statistiques de l'aide et des soins à domicile, Résultats 2012 : chiffres et tendances, Neuchâtel.

Ordonnance du 9 février 2006 fixant l'horaire d'intervention des services d'aide et de soins à domicile. Fribourg : la Direction de la santé et des affaires sociales.

Ordonnance du 14 octobre 2008 fixant le montant de l'indemnité forfaitaire en matière d'aide et de soins à domicile. Fribourg : le Conseil d'Etat.

Ordonnance sur l'Assurance-maladie, état au 1^{er} janvier 2012 (OAMal). Berne : le Conseil Fédéral.

Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, état au 1^{er} janvier 2012. Berne : le Conseil Fédéral.

Organisation Mondiale de la Santé [OMS], Europe, (1986), Charte d'Ottawa [PageWEB]. Accès : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf [page consultée le 3 janvier 2014]

Organisation Mondiale de la Santé [OMS], (1999). Glossaire de la promotion de la Santé.

Peplau, H., (1995), *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*, Paris : InterEditions

Picard, D., (1992) De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles, *Communication et langages*. N°93, 3^{ème} trimestre. pp. 69-83.

Picard D. & Edmond M., (1996), *L'interaction sociale*, Presses universitaires de France, Paris

Piguet, C. (2008). *Autonomie dans les pratiques infirmières hospitalières : contribution à une théorie argentine du développement professionnel*. Thèse de doctorat en Sciences de l'Education et en Sciences de la Santé Publique, Université Paris X-Nanterre et Université catholique de Louvain

Piguet, C., (juin 2009). *L'autonomie dans la pratique autonome dans la pratique infirmière, une question de posture: «santé ou soins»*. Conférence lors du IVe congrès mondial des infirmières et infirmiers francophones, Marrakech, Maroc. [Page WEB]. Accès :

http://www.sidiief.org/~media/Files/12_0_CongresMondial/Presentations/Mercredi/SP70%203_catherine_Piguet.ashx [page consultée le 4 janvier 2014].

Poirier Coutansis, G., (2009). Ethique, éthique des soins (176-177). In Formarier, M. & Jovic, L. (Ed.), *Les concepts en sciences infirmières*, Lyon : Mallet Conseil

Poletti, R., (2005). Préface (8-9). In Bardet, F., *Infirmière à domicile, une aventure au quotidien*, Le Mont-sur-Lausanne : FondationOuverture

Potier, M., (2002), *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers*, Paris : Groupe Liaisons SA.

Pretto, N. & Mitchell, I. & Santé Canada, (2004). *Les questions d'éthique en soins à domicile*, sommaire et survol des présentations et discussions lors du Congrès annuel de la Société canadienne de bioéthique, [Page WEB]. Accès :

http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/2004-ethi-homedomicile/2004-ethi-homedomicile-fra.pdf
[page consultée le 5 décembre 2013]

Règlement du 10 janvier 2006 sur l'aide et les soins à domicile (RASD). Fribourg : le Conseil d'Etat.

Rioul, C., (2001). La juste distance, *Soins*, 652, 37-39

Rosado-Walker, A., (2013). *Comment permettre aux personnes souffrant de démence d'exercer leur autonomie*. [Page WEB]. Accès :

<https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/bsc2011/modf/archi/11/Documents%20de%20cours/Soins%20aux%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20souffrant%20de%20troubles%20cognitifs/ob.Autonomie%20D%C3%A9mence.pdf>
[page consultée le 13 janvier 2014].

Saillant, F., Hagan, L. & Boucher-Dancause, G., (1994). Contenu, contexte et enjeux sociaux de la pratique des soins infirmiers à domicile, *Service social*, 43-1, 104-126

SBK-ASI, (2003). *L'éthique dans la pratique des soins*, [brochure], Berne.

SBK-ASI, (2011). *Les soins infirmiers en Suisse perspectives 2020*, [brochure], Berne.

SBK-ASI, *Normes de qualité pour les soins et l'accompagnement de personnes âgées*. [Page WEB]. Accès :

<https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/bsc2011/modf/archi/11/Documents%20de%20cours/Soins%20aux%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20souffrant%20de%20troubles%20cognitifs/Autonomie%20ASI.pdf> [page consultée le 18 janvier 2014]

Vérani, L., (2001). Accepter l'intimité dans les soins, *Soins*, 652, 32-34

Vigile-Ripoche, M-A., (2011). Biographie d'une pionnière du « prendre soin », Marie-Françoise Collière-1930-2005, une infirmière, une historienne, une auteure, une pédagogue, une conceptrice de soins, et...une femme, *Recherche en soins infirmiers*, décembre 2011 ; 107 : 7-22

Wandeler, E., (2012). *Revaloriser les soins infirmiers : une urgence*. [Page web].
Accès : <http://www.reiso.org/spip.php?article1925>, [page consultée le 28 décembre 2013].

Warchol., N., (2009). Autonomie (84-85). In Formarier, M., & Jovic, L. (Ed.), *Les concepts en sciences infirmières*. Lyon : Mallet Conseil.

Weber-Yaskevich, O., Reber, A., & Gillabert, C., (2011). Soins infirmiers ambulatoires actuels et futurs en Suisse : ce que le médecin de premier recours doit savoir, *Revue Médicale Suisse*, 7, 1846-1851

Zeugin, B., (2010). *L'utilisation de stratégies « skill mix » et « grade mix » au sein de l'Aide et soins à domicile*. Exposé présenté au 5^{ème} congrès national d'Aide et soins à domicile, Bienne, Suisse.

Zumwald, C., (septembre 2010). *Les limites du maintien à domicile*. Conférence lors du 5^{ème} congrès Spitex, Bienne, Suisse.

ANNEXES

1 DÉCLARATION D'AUTHENTICITÉ

« L'auteure déclare avoir fait ce travail elle-même, en ayant respecté les critères et les directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Les références utilisées dans le travail sont clairement nommées et identifiées. »

Aline Marmy

2 PORTRAIT DES SAD

2.1 AU NIVEAU INTERNATIONAL

Sur le plan international, les soins à domicile s'inscrivent dans les soins de santé communautaire (Brunner et Suddarth, 2011, p.23). La santé communautaire, selon Chastonay (1990), a comme objet « le maintien et l'amélioration de l'état de santé au moyen de mesures préventives, curatives et de réadaptation, ». A ceci s'ajoute « des mesures d'ordre social et politique, prodiguées par des équipes pluridisciplinaires qui travaillent en réseau et font largement appel à la participation active de la population » (Chastonay, 1990, in Fragnière & Girod, 2002). Cette définition est intéressante car elle met en lumière tous les aspects du travail en santé communautaire : la promotion et la prévention de la santé, les soins, les aspects socio-politiques, la pluridisciplinarité et la participation active de la population.

Cet aspect de promotion de la santé est repris par Aubert et San Marco (2007), qui font d'elle la priorité de la santé communautaire (p.15). Les professionnels exerçant dans ce milieu sont des personnes ressources qui mettent leurs compétences au service de la communauté (p.15). Au Canada, le guide de pratique infirmière en santé communautaire (2010) met en avant la démarche participative qui semble permettre cette promotion de la santé au sein de la communauté :

« L'action communautaire se construit dans l'échange et implique un transfert de compétences du professionnel vers le profane (le destinataire de l'action) mais aussi du profane vers le professionnel de santé. Les savoirs des destinataires de l'action sont primordiaux » (Infirmières en Santé Communautaire du Canada [ISCC], 2010, p.4)

Cet échange de connaissances bidirectionnel est intéressant car il place les deux protagonistes sur un même plan, modifiant ainsi les interactions et rendant le bénéficiaire des soins proactif pour sa propre santé.

Nous allons maintenant voir les descriptions suisses des soins à domicile.

2.2 AU NIVEAU SUISSE

La Fondation pour l'Aide et les Soins à Domicile de la Sarine [FASDS], s'inspirant de l'Association Suisse des Services d'Aide et de Soins à Domicile [ASSASD], définit les soins à domicile comme des prestations d'aide, de soins et d'accompagnement qui favorisent le maintien à domicile et permettent aux bénéficiaires des soins de conserver une autonomie (www.spitex.ch, 2013). Un des autres objectifs des SAD est d'associer l'entourage dans les soins (www.fasds.ch, 2010). Dans la même optique du maintien à domicile nous pouvons voir aussi les objectifs de; réduire la durée d'un séjour hospitalier ou l'éviter, favoriser la convalescence, retarder, voire éviter un placement dans une institution (www.spitex.ch, 2013). Nous retenons ici que le but prioritaire est donc le maintien à domicile, par une augmentation de l'autonomie et le soutien aux proches.

L'office fédéral de la santé (OFS, 2013), définissant les soins à domicile, parle également d'un ensemble de prestations, fournies par différents professionnels aux aptitudes complémentaires et travaillant en collaboration. Il introduit ainsi la notion de l'interdisciplinarité.

L'Association Vaudoise d'aide et de soins à domicile introduit quant à elle directement dans sa mission la notion de promotion et de prévention de la santé (www.avasad.ch, 2012) avec des actions qui visent à: promouvoir, maintenir ou restaurer leur santé, maximiser leur niveau d'autonomie, maintenir leur intégration sociale, faciliter l'appui de leur entourage. Cette définition semble plus coller à la notion de santé communautaire vue précédemment car elle met en avant, outre les soins, les mêmes notions de promotion de la santé, ainsi que les aspects sociaux.

Au niveau suisse, nous voyons clairement un accent sur la finalité des soins à domicile qui est le maintien à domicile, au travers de différentes prestations visant à maximiser l'autonomie. Ces prestations sont la collaboration avec les proches ainsi et les autres professionnels de la santé, ainsi que la promotion de la santé. Bien que la notion de santé communautaire ne soit pas explicitée clairement au niveau suisse, elle est plus ou moins sous-jacente selon les associations.

3 PLACE DES SAD DANS LE DOMAINE SOCIO-SANITAIRE SUISSE

Comparativement au secteur hospitalier et institutionnel, les soins à domicile ne représentent qu'un faible pourcentage d'emplois pour les soignants en suisse. En effet, seul 10% du personnel soignant suisse (toute formation confondue) travaille à domicile, contre 60% en hôpitaux ou 30% en établissements pour personnes âgées. (Observatoires suisse de la santé [OBSAN], 2009, p.7). Selon l'Office fédérale de la statistique, en 2012, les soignants travaillant dans les soins à domicile ne représentaient que 7,3% des emplois suisses dans le domaine socio-sanitaire, et les infirmières ne représentaient qu'un tiers de ces 7,3% (OFS, 2013, p.2).

Ces chiffres démontrent le peu de place qu'occupe le secteur des soins à domicile dans le monde infirmier suisse et implicitement le manque de connaissances de la part des soignants et des bénéficiaires de soins par rapport à ce secteur de soins.

Néanmoins, les statistiques entre 2000 et 2011 montrent des augmentations quasi constantes des coûts par patients générés par les SAD ainsi qu'un accroissement des employés au sein des SAD (OFS, 2013, p.4). Les derniers chiffres confirment cette tendance ascendante et montrent qu'entre 2010 et 2012, la population recevant des SAD a augmenté de +11,1% (OFS, 2013, p.2). Les emplois en équivalents plein temps ont également augmenté de +11% dans ce secteur. (OFS, 2013, p.2). Ces augmentations semblent démontrer un développement relativement récent mais important du secteur des soins à domicile.

4 AUGMENTATION DES DEMANDES D'INTERVENTION À DOMICILE

4.1 LIÉE À L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE

Une des raisons principales de l'augmentation des SAD semble être le vieillissement de la population. Les prévisions de l'évolution démographique suisse montrent que la proportion de personnes âgées de plus de 65 ans atteindra plus de 30% en 2040 (Fragnière, 2011). La majorité des soins à domicile étant effectué auprès de personnes âgées (OFS, 2013), la demande en soins à domicile va logiquement suivre cette courbe ascendante déjà constatée (OFS, *ibid*).

Associée au vieillissement de la population, l'augmentation des maladies chroniques contribue également à l'augmentation des prises en charge à domicile. Les maladies chroniques, telles que les pathologies cardiaques, le diabète et les troubles respiratoires, associées aux troubles liés au vieillissement tels que les démences représenteront d'ici quelques années le 80% des soins de santé fournis (ASI, 2011, p.4). Les maladies chroniques vont accroître les polymorbidités qui vont se démultiplier. (ASI, *ibid*, p.4). Les soins à domicile assurant une partie de la prise en charge des maladies chroniques, le besoin en prestations infirmières va logiquement augmenter dans les SAD, ainsi que la complexité des soins à fournir (ASI, *ibid*, p.4).

Egalement en lien avec le vieillissement de la population, il y a la volonté des citoyens de vivre dans leur milieu naturel (Weber-Yaskevich, Reber & Gillabert, 2011) et de préserver leur autonomie le plus longtemps possible. Cependant, les modifications des structures familiales, liées au nombre de divorces, aux recompositions familiales, aux mobilités géographiques accrues (Fragnière, 2011) ainsi qu'une augmentation des personnes vivant seules et l'augmentation des femmes active (ASI, 2011), viennent aussi influencer sur cette prise en charge à domicile. La famille n'est dès lors pas toujours présente ou disponible, sur un plan financier ou pour donner elle-même des prestations de soins (Fragnière, 2011), les soins sont ainsi transférés sur les organisations de soins à domicile (ASI, 2011).

4.2 LIÉE À UN CHANGEMENT DE POLITIQUE DE SANTÉ

La politique de santé actuelle, consciente des enjeux financiers à venir, a mis en place plusieurs modifications dans ces structures. Selon Weber-Yaskevich, Reber & Gillabert (2011), ces changements s'inscrivent dans un « virage ambulatoire » des soins (p.1846). Ce terme décrit une réforme du système de santé qui vise à déplacer les soins du milieu hospitalier au milieu extra-hospitalier, potentiellement moins coûteux. (Weber-Yaskevich, Reber & Gillabert, 2011).

Concrètement, une partie de ce changement se traduit par l'introduction, en 2012, du système de remboursement hospitalier au moyen de forfaits pas cas Swiss DRG (Wandeler, 2012). Ce nouveau système vise à économiser de l'argent en réduisant les durées d'hospitalisation, déplaçant ainsi une partie des soins, du milieu hospitalier au milieu ambulatoire, augmentant ainsi non seulement le nombre de prise en soins par les services de soins à domicile, mais aussi la technicité et la complexité des soins, ceux-ci étant plus aigus (Wandeler, 2012).

5 LA SANTÉ PUBLIQUE SUISSE

Nous utilisons ici le terme de santé publique car il regroupe les aspects politiques et légaux² suisses qui, au niveau de la confédération, des cantons et des communes déterminent les conditions-cadre juridiques et financières pour les SAD (www.assasd.ch, 2013). Nous verrons tout d'abord le cadre législatif fédéral puis spécifique au canton de Fribourg.

5.1 CADRE LÉGISLATIF SUISSE

Nous voulons ici expliquer, d'un point de vue légal, les fonctions et les responsabilités infirmières. Notre but est de voir comment leur travail est reconnu et comment il est « cadré » légalement, à l'intérieur d'une fondation publique de SAD.

5.1.1 GÉNÉRALITÉS

Au niveau suisse, la Loi fédérale sur l'Assurance-Maladie (LAMal) pose tout d'abord les bases de l'assurance-maladie sociale suisse. Deux autres lois viennent ensuite se greffer sur cette loi principale ; l'Ordonnance sur l'Assurance Maladie (OAMal) et l'Ordonnance sur les Prestations de l'Assurances de Soins (OPAS). L'OAMal fait état de l'obligation d'être assuré (Assurance obligatoire des soins) et décline les règlements concernant les fournisseurs de soins dont font partie les infirmières. L'OPAS contient quant à elle le catalogue de prestations remboursées par l'assurance de base, y compris les prestations fournies par les infirmières et leurs tarifs. Nous allons voir maintenant les points de la loi qui concernent directement notre sujet.

5.1.2 PRESTATIONS OPAS

Le catalogue de prestations de l'OPAS décrit et sépare les soins prodigués par une infirmière en 3 catégories:

1. l'évaluation, les conseils et la coordination ;(79.80 CHF)
2. les examens et les traitements ; (65,40 CHF)
3. les soins de base ; (54.60 CHF) (OPAS, article 7).

²En effet la santé publique est l'action collective d'une société qui vise à préserver la santé d'une communauté et aux besoins correspondants (Martin, 1987). Elle intègre les dimensions de l'environnement, de l'histoire, de la culture, du contexte social, politique, administratif et économique de sa collectivité. (Aubert & San Marco, 2007, p.14).

Les points 2 et 3 regroupent des actes médico-délégués, ils sont décrits de manière précise et sont de ce fait facilement reconnaissables et quantifiables, mentionnant ainsi clairement les actions infirmières reconnues. Le point 1 rassemble quant à lui des actions infirmières plus « subjectives » qui peuvent laisser par conséquent plus de place à l'interprétation personnelle de chaque professionnelle. Un montant forfaitaire est attribué à chaque catégorie de prestations et pour chaque prestation un laps de temps précis correspondant lui est imparti dans le catalogue. Nous voyons ici que l'évaluation, les conseils et la coordination possèdent les tarifs les plus élevés, ce qui laisse supposer qu'ils sont les plus importants et par conséquent plus valorisés.

Ces points décrivant les prestations infirmières, nous allons voir maintenant comment sont décrites leurs responsabilités.

5.1.3 RESPONSABILITÉS MÉDICALES ET INFIRMIÈRES

La LAMal reconnaît l'infirmière comme un fournisseur de prestations³, sur la base d'une prescription médicale (LAMal, article 35). Le travail de l'infirmière est donc reconnu légalement, avec une autonomie relative liée à la prescription médicale sous-jacente obligatoire. L'OPAS parle également du mandat médical en lien avec l'évaluation des soins requis (OPAS, article 8). L'évaluation est décrite comme l'appréciation de l'état général du patient, l'évaluation de son environnement ainsi que celle des soins et de l'aide dont il a besoin. (OPAS, article 8). Ce travail est effectué par les infirmières sur la base de critères uniformes (OPAS, article 8⁴⁷, 3bis). Ces critères d'évaluation sont uniformisés depuis 2005 grâce au RAI-home care⁴. Une collaboration avec le médecin est ensuite demandée pour planifier les prestations à effectuer, suite aux évaluations faites essentiellement par les infirmières.

5.1.4 LA LOI DANS LES FAITS

Ces différents articles de lois étant relativement compliqués, nous allons expliciter ici comment ils se traduisent dans les faits. Dans les services de soins à domicile, l'infirmière effectue, suite à un mandat médical, une visite à domicile. Là, elle réalise

³ Au sein des soins à domicile, l'infirmière est reconnue dans le cadre de l'organisation de soins à domicile qui l'emploie.

⁴ Il s'agit d'un outil d'évaluation standardisé, introduit par l'ASSASD depuis 2005 (Monod, Hongler, Castelli, Clivaz-Luchez & Büla, 2011)

une évaluation complète et globale du patient en suivant les critères du RAI-home care. Suite à cette évaluation, elle planifie les soins nécessaires qui sont retranscrits en temps selon le catalogue de prestations OPAS. Cette retranscription est contenue sur un formulaire OPAS qui est transmise au médecin afin qu'il y appose son accord de par sa signature, permettant ainsi une reconnaissance légale de l'évaluation et un remboursement des prestations de la part des assurances-maladies.

Ce système étant relativement compliqué et peu valorisant pour l'autonomie du travail infirmier, une initiative parlementaire a été déposée dans ce sens en 2011, il s'agit de l'initiative Joder.

5.1.5 INITIATIVE JODER

Comme nous venons de le voir, l'évaluation de l'infirmière s'inscrit en première ligne dans le processus de soins à domicile où elle occupe une place primordiale. Néanmoins, la loi ne retranscrit pas cette responsabilité propre à l'infirmière, la laissant sous l'égide du médecin. L'initiative Joder, une initiative parlementaire suisse a été déposée en 2011 dans le but de modifier ce lien légal entre les responsabilités médicales et infirmières (ASI, 2011, p.2). L'initiative demande une reconnaissance légale de la responsabilité infirmière qui soit inscrite dans la LAMal. Cela permettrait de mieux délimiter les activités d'ordre médical du champ d'action et des responsabilités propres aux infirmières et ainsi de clarifier les rôles de chacun (ASI, 2011, p.2). Cette initiative semble démontrer qu'il existe des insuffisances au niveau de la reconnaissance légale des responsabilités propres aux infirmières.

Voyons maintenant le cadre législatif fribourgeois et ses spécificités.

5.2 CADRE LÉGISLATIF FRIBOURGEOIS

Comme nous l'avions mentionné, chaque canton édicte ses propres lois et règlements d'après les lois fédérales. Dans le canton de Fribourg, la Loi sur l'aide et les soins à domicile (LASD) contient les bases relatives aux SAD. Elle décrit et définit les SAD (LASD, article 5), stipule les conditions d'organisation des institutions de SAD (LASD, article 14) et les modalités de subventionnement et de financement entre les communes et le canton (LASD, chapitre 2, 2005).

Le Règlement sur l'aide et les soins à domicile (RASD) fixe ensuite les conditions cadres des fondations des soins à domicile (RASD, article 5). Il s'agit des horaires d'intervention des SAD, des modalités de collaboration et de coordination au sein de l'institution, des normes de qualité et de dotation, le plan comptable et les statistiques des prestations. Les horaires d'intervention pour les soins infirmiers à domicile sont fixés de 7h à 20h, 7j/7. (Ordonnance fixant l'horaire d'intervention des services d'aide et de soins à domicile, 2006). Des extensions sont néanmoins possibles jusqu'à 22h ou plus après réévaluation de la situation (RASD, article 1, let b). Cela constitue une limite dans l'offre en soins, qui ne pourra être effectuée que durant la journée.

Une spécificité du canton de Fribourg est l'octroi d'indemnité forfaitaire, qui est une aide financière accordée aux proches qui apportent une aide régulière, importante et durable à une personne pour lui permettre son maintien à domicile. (LASD, article 4). Cette aide est octroyée après une évaluation fine de la situation qui est soumise à la commission de district qui statuera sur le montant de l'indemnité pouvant être versée (RASD, article 3). Le montant maximum de cette aide est fixé à 25 CHF par jour (ordonnance fixant le montant de l'indemnité forfaitaire en matière d'aide et de soins à domicile, 2008). Le canton de Fribourg semble vouloir à travers cette aide financière soutenir le maintien à domicile. Il existe cependant des limites horaires aux interventions, les soins ne pouvant être prodigués que jusqu'à 20h, voire 22h.

Finalement, ces deux cadres législatifs démontrent la certaine rigueur qui encadre le fonctionnement des fondations de soins à domicile. Nous voyons également des modifications récentes ou en préparation dans les lois (initiative Joder en 2011 et indemnités forfaitaires introduites en 2008), ce qui semble démontrer une volonté de changement et d'amélioration tant au niveau de la reconnaissance du travail infirmier que des conditions de maintien à domicile.

6 FORMATION COMPLÉMENTAIRE ?

Selon les documents officiels de la FASDS (annexe 7), seule une formation infirmière de niveau tertiaire est requise avec, *si possible*, une formation complémentaire dans le domaine de la santé communautaire.

Des interrogations persistent néanmoins, au vue de certaines exigences supplémentaires rencontrées dans la littérature:uneexcellence en communication et motivation (ISCC, 2010, p.7), ainsi quela capacité à exercer de « manière hautement indépendante et autonome » (ISCC, 2010, p.7, FASDS, 2005). Selon notre propre expérience, nous avons vu que certaines fondations de SAD exigent un minimum de deux ans d'expérience professionnelle, dans un milieu de soins aigus, avant de pouvoir exercer à domicile.

Au niveau légal également, l'Ordonnance sur l'assurance-maladie [OAMal] exige le même laps de temps de deux ans d'expérience professionnelle avant de pouvoir exercer en tant qu'infirmière indépendante à domicile (OAMal, article 48-b⁵). Nous avons également pu voir qu'au Canada, la santé en soins communautaire est considérée comme une spécialisation des soins infirmiers (ACIISC, 2008).

Une formation supplémentaire n'est donc pas obligatoire pour travailler aux SAD sur le canton de Fribourg, mais une expérience semble recommandée ou souhaitée. Ou alors certaines compétences, particulièrement développées sont-elles requises chez l'infirmière travaillant à domicile ? Nous allons tenter d'y répondre durant ce travail.

7 DESCRIPTION DE LA FONCTION INFIRMIÈRE SELON LA FASDS

FASDS

DESCRIPTION DE FONCTION INFIRMIÈRE - INFIRMIER

Mission de la Fondation

Permettre à toutes personnes malades, handicapées nécessitant un soutien, une surveillance, de l'aide ou des soins de vivre dans son environnement habituel le plus longtemps possible (loi fribourgeoise LASD).

Titre du poste	: Infirmière - Infirmier
Titulaire	:
Supérieure hiérarchique	: Responsable d'Antenne ou sa remplaçante
Remplaçant	: Infirmière - Infirmier
Relations fonctionnelles	: Membres de l'équipe de l'Antenne et des autres Antennes, secrétariat de la direction, administration (facturiste, comptable, secrétariat RH)
Subordonnés	: Tous les intervenants dans les situations où l'infirmière - l'infirmier est référent ainsi que les personnes en stage

Mission de l'infirmière - l'infirmier

Fournir à la population du district toutes les prestations définies par la mission de la Fondation conformément aux valeurs de sa profession et aux méthodes et directives définies par la direction.
S'engager dans son Antenne et dans la Fondation dans la dynamique de travail en équipe interdisciplinaire et en réseau.
Assumer de manière autonome et responsable toutes les prestations LAMaI déléguées par un médecin.
Être pour le patient/client, son entourage, les autres intervenants internes ou externes le/la professionnel/le de référence dans les situations qui lui sont confiées par la responsable d'Antenne.

Responsabilités et tâches principales

1. Evaluer et réévaluer les besoins requis de la personne et de son entourage y compris l'appréciation de l'état général de la personne, l'évaluation de son environnement ainsi que les soins et l'aide dont elle a besoin.
2. Mettre en place les interventions nécessaires en collaboration avec la personne, son entourage et le réseau médico-social.
3. Encadrer, conseiller, superviser tous les intervenants y compris les personnes en formation auxquelles des soins et/ou de l'aide ont été délégués (cf. exigences HES et OFFT aux praticiens formateurs).
4. Exécuter les prestations définies par l'OPAS, art. 7 sur prescription ou mandat médical.
5. Effectuer les actions définies par la FASDS, notamment les prestations de nature médico-sociale d'évaluation d'intervention et de conseils afin de promouvoir l'intervention des parents et des proches des personnes nécessitant l'aide et les soins à domicile.
6. Effectuer les évaluations ou les réévaluations des demandes d'indemnités forfaitaires qui lui sont déléguées par la responsable d'Antenne.
7. Effectuer tous les travaux administratifs institutionnels exigés par sa fonction.
8. Appliquer les directives et utiliser les instruments institutionnels.
9. Animer les réunions interdisciplinaires des situations dont elle/il assure la responsabilité.
10. Participer aux séances institutionnelles auxquelles elle/il est convoquée/é.
11. Contribuer à la réalisation et à l'évaluation périodique des objectifs d'équipe.
12. Participer aux travaux de recherche menés au niveau institutionnel, ou avec les écoles.
13. Assumer les mandats délégués par la responsable d'Antenne ou la direction.
14. Développer et maintenir un climat favorisant l'esprit institutionnel, le travail en équipe et la coopération.

Profil requis

Formation de niveau tertiaire et si possible formation post-grade niveau clinique dans le domaine de la santé communautaire, de la gériatrie, des soins palliatifs. Dispose de l'autonomie nécessaire afin de maîtriser l'ensemble des tâches et responsabilités qui lui sont confiées et d'auto-réguler ses apprentissages en fonction de compétences à développer.

Document de référence

Trame de base pour référentiel des compétences HES des professionnels de la santé dans le domaine de l'aide et des soins à domicile.

Date : _____ Signature du / de la titulaire : _____

8 LE DOMICILE

8.1 « A CHACUN SON CHEZ SOI »

Selon l'Ennuyer (2006), le domicile possède « une dimension imaginaire » (p.21), investie par les valeurs, les sentiments, les représentations et les symboles personnels de chaque individu, relevant de la subjectivité la plus absolue (Djaoui, 2006, in Ennuyer, 2006, p.21). Ces notions étant propres à chacun, le caractère unique du domicile pour chaque personne est indéniable. Pretto et Mitchell (2004) mentionnent aussi l'influence du vécu de la personne et des facteurs socio-culturels qui vont modifier la signification du domicile (Pretto & Mitchell, 2004, p.13).

Le domicile est également relié au concept de l'identité, car les facteurs socio-culturels, ainsi que les notions de valeurs, sentiments et représentations servent aussi à définir le concept de l'identité personnelle (Formarier & Jovic, 2009, p.190-191). Kaufmann (1997) relie également le domicile à l'identité personnelle car: « les objets du quotidien (le domicile) ont une vertu de permanence qui construit le concret et contrôle les errements de l'identité : ils jouent le rôle de garde-fou du soi » (Kaufmann, 1997, in Ennuyer, 2006, p. 39). Le domicile semble jouer le rôle de projection de l'identification personnelle. Il permet à l'identité de s'exprimer et de se matérialiser au travers de ses objets, délivrant ainsi des messages sur sa personnalité.

L'Ennuyer (2006) inclut quant à lui le domicile comme l'un des facteurs constituant l'identité d'un point de vue social au même titre que le sexe, l'âge, l'ethnie, la profession ou la classe sociale (p. 21), ce qui rejoint la définition de l'identité objectivable. L'aménagement, ainsi que le genre d'habitation et le choix des décorations, vont inmanquablement donner des indications sur l'identité socio-économique.

Le domicile reflète dès lors « qui je suis », socialement et personnellement.

8.2 UN ENVIRONNEMENT « VIVANT »

Le sociologue Kaufmann (1997) mentionne l'importance des objets pour la continuité de l'identité d'une personne. Leduc et Delcourt (2007) confirment cette idée en disant qu'ils sont des extensions de leur corps, avec des modes de possession et d'appropriation symboliques comparables (Kaufmann, 1997, in Ennuyer, 2006, p.39, Leduc & Delcourt, 2007, p.147). L'identité, le corps et le domicile, ou du moins leurs symboliques, semblent alors s'imbriquer, de par leurs liens étroits.

Avec la même idée de prolongement, Lydia Flem (2004), rajoute l'idée que « les choses portent des traces humaines [...] mêlées à celles des personnes qui les ont utilisés et aimés. » (Flem, in Ennuyer, 2006, p.40). Les objets semblent dès lors être animés, vivants, du moins aux yeux de leurs propriétaires.

Kaufmann (1997), ainsi que Leduc et Delcourt (2007), expliquent alors « le sentiment de menace » pouvant apparaître lors d'une visite à domicile. En effet, le domicile ou du moins sa symbolique étant intimement liée à celle du corps, la menace peut être perçue sur un plan physique (Kaufmann, 1997, in Ennuyer, p.39, Leduc & Delcourt, 2007, p.148). Le domicile apparaît dès lors comme une entité vivante, au même titre que le corps.

9 L'INTIMITÉ À DOMICILE

L'intimité, selon Leduc et Delcourt (2007), est conçue comme « ce qui est le plus profond et le plus près du sujet » (Leduc & Delcourt, 2007, p.147) et n'est, « en principe révélé seulement aux proches » (Potier, 2002, p. 177). Le corps et l'espace dans lequel il évolue, se cache ou se protège font également partie de cette intimité (Leduc & Delcourt, 2007, p.147). L'intimité serait-elle alors doublement affectée à domicile, au travers du corps et de l'espace ?

D'autres attributs de l'intimité démontrent que celle-ci est quelque part « violée » lors des SAD. En effet *la séparation entre espace intime et espace public pour un équilibre mental* n'est plus vraiment respectée, tout comme *le droit de s'exclure par rapport aux autres ou l'autonomie personnelle*⁶ qui peut être fortement compromis, soit par l'état de santé du patient nécessitant des SAD, soit par l'entrée du professionnel dans un domicile et ses actions.

D'autre part selon Houde (1991), qui traduit les propos d'Erikson (1982), l'intimité est l'un des stades du développement psychosocial de la vie adulte, nécessaire afin d'éviter l'isolement (p.61). L'intimité implique la capacité à se relier à l'autre et suppose le partage et la sollicitude (p.61). Vue sous cet angle, une intrusion dans l'intimité ne devrait pas poser de réels problèmes pour les personnes étant en accord avec leur propre intimité. Néanmoins, Erikson faisant référence ici aux relations amoureuses ou amicales, les relations avec les professionnelles ne peuvent pas y être transposées telles quelles. Cependant, tout comme chaque personne aura sa propre signification du domicile, chacune aura sa propre représentation de son intimité, selon son développement psycho-social.

9.1 BESOIN DE PROTÉGER L'INTIME

L'intimité, et donc le domicile, étant relié à ce qui est au plus profond de nous-mêmes (Ennuyer, 2006, p.21), le besoin de protéger cet espace semble dès lors légitime. En temps normal, le domicile est selon l'Ennuyer (2006) un « dedans » par rapport à un « dehors » (p.21), qui crée des barrières protectrices. Néanmoins lorsque des SAD sont

⁶Attributs du concept de l'intimité (Hue, 2009, in Formarier et Jovic, 2009, p. 197)

nécessaires, cette protection est compromise. Comment dès lors se posent les limites ou les barrières nécessaires à protéger cette intimité ?

Selon Hue (2009), le respect de l'intimité se situe comme le paradigme de la juste distance à trouver dans la relation (p.197). Au sein du domicile, ce respect a d'autant plus d'importance l'intimité se prolonge sur les objets personnels (p.197). La capacité relationnelle de l'infirmière, à sentir les limites de l'intimité, et le respect dont elle fera preuve par rapport à elle, que ce soit auprès du patient et/ou sur l'ensemble des objets du domicile, serviront à définir cette juste distance. Toujours selon Hue (2009), la « bonne intimité » passe par un certain pouvoir décisionnel sur l'accessibilité ou non de l'espace intime, et la possibilité d'augmenter les distances lorsqu'elles sont jugées trop proches. Néanmoins il est impossible pour certains patients à domicile, de maintenir cette inaccessibilité. Selon Ennuyer (2006), cette particularité suscitée par la proximité entre le soignant et le soigné au sein du domicile, implique de la part des professionnels une prise de distance psychique qui permette à la personne de rester maître chez elle. (p. 44-45).

9.2 LES DISTANCES INTIMES

Selon Hall (1971) l'homme observe de manière générale des distances quasi uniformes selon les rapports qu'il entretient avec son entourage (p.143-160). Pour nous représenter un ordre de grandeur, la distance sociale est de l'ordre de 1,2 m à 2,1m alors la distance intime de 0 à 45 cm. (p.143). Nous voyons alors que lors d'un soin, l'infirmière rentre inmanquablement dans cette sphère intime. Comment dès lors trouver la bonne distance professionnelle? Les justes distances semblent donc définies par rapport à l'intimité qui peut évoluer et se construire. La capacité relationnelle de l'infirmière, le respect dont elle fera preuve, que ce soit auprès du patient et/ou sur l'ensemble des objets du domicile, serviront à définir cette juste distance. Le patient pourra également réguler, dans la mesure du possible, cette intimité en rendant plus ou moins accessible son espace intime. Néanmoins lorsqu'il lui est impossible de le faire, l'infirmière se devra d'être attentive à cette notion et lui laisser suffisamment de distance psychique qui permette à la personne de rester maître chez elle (Ennuyer, 2006, p. 44-45).

Nous voyons ici que les distances psychologiques sont dès lors tout aussi importantes, si ce n'est plus, que les distances physiques.

10 L'AUTONOMIE À DOMICILE

L'autonomie est une notion importante à domicile. Selon la description suisse des SAD, le maintien de l'autonomie des bénéficiaires est l'un des buts des prestations effectuées à domicile (www.spitex.ch, 2013). Le domicile constitue également, selon Leduc et Delcourt (2007), le lieu où s'exerce l'autonomie pour les patients privés partiellement ou totalement de leur indépendance, et il renvoie également à la notion de « maître de maison » (Ennuyer, 2006, p. 19). Il est dès lors légitime d'apporter une importance particulière à cette notion d'autonomie qui se définit par une *maitrise de son environnement* (Warchol, 2009, in Formarier & Jovic, 2009, p. 85).

Le domicile est également empreint de valeurs et de significations personnelles, ce qui nous renvoie à un deuxième attribut de l'autonomie : le fait de *décider pour soi, en fonction de critères personnels* (Warchol, ibid, p. 85). Un troisième attribut de l'autonomie: *être responsable, en toute conscience en ayant mesuré les risques et en assumant les conséquences*, (Warchol, ibid, p. 85) nous renvoie directement aux questions d'ambivalences des SAD (annexe 11) où des dilemmes sont soulevés, à savoir quels sont les risques et bénéfices des SAD, entre aide, intrusion pour le patient et la question de la perte d'autonomie. Finalement, le dernier attribut de l'autonomie selon Warchol (2009), est : « *gérer ses dépendances, ou l'interdépendance à autrui* » (p. 85). Ceci nous renvoie à la notion d'intimité, la capacité à accepter une proximité au sein du domicile et de pouvoir établir des distances acceptables pour soi.

Ces liens démontrent l'omniprésence de la question de l'autonomie dans les soins à domicile. Voyons maintenant l'autonomie du point de vue du rôle infirmier.

10.1 L'AUTONOMIE SELON L'ASI

Être autonome signifie selon l'ASI (2003) pouvoir disposer librement de soi, décider soi-même ce qui est bon pour soi (ASI, 2003, p.11). L'autonomie se manifeste par un « pouvoir faire » et un « pouvoir être », impliquant la liberté, la volonté et le pouvoir de faire des choix, dans ses propres sentiments, le sens que l'on donne à sa vie, par rapport à son corps au travers des activités quotidiennes, et finalement par rapport à son réseau social (Rosado-Walker, 2013).

Cette liberté de choix est très présente à domicile, et semble même cruciale pour le patient. Au-delà des capacités fonctionnelles, l'autonomie à travers le « pouvoir être », nous apparaît intéressant ici car elle se rapproche de la capacité à pouvoir « contrer » une intrusion psychologique pouvant être ressentie à domicile, ainsi que la capacité à pouvoir définir ses limites aux soignants lors des SAD. De plus, selon le sociologue Kaufmann (1997) la liberté de l'individu réside pour beaucoup dans les innombrables micro-choix du quotidien (Kaufmann, 1997, in Ennuyer, 2006, p.39).

Nous allons encore voir une dernière approche de l'autonomie, qui se place du point de vue des patients.

10.2 L'AUTONOMIE SELON MAJOR ET PÉPIN

L'autonomie est dans cette étude issue d'un questionnement auprès personnes âgées à domicile, ce qui rejoint notre problématique. L'autonomie se crée ici au travers du sens que les patients donnent à leurs choix (Major & Pépin, 2001, p. 43). Bien que cette notion de choix ait déjà été mentionnée par l'ASI, ce nouveau point de vue nous permettra cependant d'aller plus loin dans la compréhension du vécu du patient.

Les thèmes principaux ressortis par les patients ont été regroupés en trois points : « *être capable de* » en reconnaissant leurs forces et en les utilisant, « *être encore quelqu'un* » en partageant, en restant dans l'ambiance, en s'affirmant, en rendant service et en accueillant l'aide, et, finalement « *choisir au-delà des changements* », ce qui implique prendre conscience des changements, s'efforcer de maintenir le maximum de forces et s'orienter vers d'autres possibilités en donnant un sens à leur choix (Major & Pépin, 2001, p. 41-42). L'autonomie est décrite comme une expérience interactive et dynamique (Major & Pépin, 2001, p. 41-42) et nous voyons, à travers ces points que l'autonomie est un processus en perpétuelle évolution.

Pour la personne âgée, nous voyons également qu'au-delà des capacités physiques, c'est plus la capacité de pouvoir s'adapter qui leur est importante. Leurs choix sont empreints de sens, personnels, auxquels ils tiennent. Il est aussi primordial pour eux de pouvoir encore se sentir en vie de par leurs interactions et dans certaines de leurs actions.

10.3 IMPLICATIONS POUR L'INFIRMIÈRE À DOMICILE

L'infirmière devra alors être à l'écoute et attentive aux volontés des patients, respecter leurs choix en essayant de comprendre les significations derrière ces choix. En effet, une chose ou un acte pouvant paraître anodin pour les soignants, revêtira une grande importance pour le patient. Il s'agira également d'offrir ou de créer pour les patients des occasions de choisir ce qui leur convient le mieux.

Selon l'Ennuyer (2006) : « le maintien à domicile est d'abord et avant tout l'expression du désir des personnes qui ont fait le choix de demeurer dans leur domicile » (p.31). Le respect de ce choix, lié à la liberté de la personne, à son auto-détermination, est le premier principe éthique à respecter de la part des infirmières.

La notion d'autonomie telle que présentée par Major et Pépin nous semble être aussi parfaitement transférable aux autres patients à domicile, notamment les personnes dépendantes, nécessitant des soins de longue durée. De fait, comme le souligne l'Ennuyer (2006) et comme nous l'avons vu dans les descriptions des SAD, le travail à domicile est avant tout une culture de l'accompagnement du quotidien, un cheminement avec la personne (Ennuyer, 2006, p. 37). L'infirmière accompagnera alors les patients dans leurs changements, leur donnera des pistes afin de les aider à faire différemment et ainsi se sentir encore « capable de ».

Finalement, l'aspect relationnel de l'infirmière avec les patients sera plus qu'important, afin de leur permettre de se sentir être « encore quelqu'un », d'exister au sein de cette relation professionnelle. Cette tâche nous paraît d'autant plus importante si le patient vit seul et/ou est isolé socialement comme cela arrive malheureusement souvent.

11 LES DILEMMES DES PATIENTS: DÉPENDANCE, AIDE OU INTRUSION ?

D'après l'Ennuyer (2006) un « dilemme douloureux » apparaît chez les patients soignés à domicile. Dilemme car bien qu'ayant conscience de leurs difficultés et de la nécessité de se faire aider, ils n'ont quelque part pas envie de cette aide, car elle implique en même temps un abandon de leur souveraineté dans leur vie courante et par conséquent ils ne sont plus maîtres chez eux (p. 36). Nous comprenons que cet abandon est d'autant plus difficile car le domicile est par définition le lieu où l'on est « maître chez soi » (Ennuyer, 2006, p.19-20). Cette ambivalence pourra se traduire de différentes manières selon l'Ennuyer (2006), certains patients deviendront totalement passifs, alors que d'autres voudront rester actifs au maximum de leur possibilités (p. 37-38). Cela démontre d'une part le besoin pour les patients de garder une part d'autonomie, de rester un peu « maître chez soi ». D'autre part, cela illustre également toute la difficulté pour l'infirmière de trouver le juste milieu d'aide, le « ni trop, ni trop peu ». Ceci n'est pas forcément facile à identifier, et demande des réajustements selon l'évolution de l'état de santé, afin que le patient se sente toujours « maître à bord ».

Selon Elian Djaoui (2004) un autre dilemme survient lors de l'introduction de SAD : les soignants et les bénéficiaires des soins sont renvoyés à une ambivalence qui se situe entre l'aide et l'intrusion (Ennuyer, 2006, p.37). Cette ambiguïté, liée à la notion d'intimité qui est dévoilée, est ressentie autant par les patients que par les soignants. A nouveau, il sera nécessaire de trouver un juste milieu entre l'aide et l'intrusion, d'autant plus que, selon Hue (2009), la présence d'un professionnel peut devenir envahissante (Hue, 2009, p. 197), et qu'une intrusion est également présente sur un niveau psychologique, du fait que l'infirmière voit la façon de vivre du patient, et évalue ses difficultés (Ennuyer, 2006, p.37). Même si le but premier est de venir en aide, un jugement de valeurs est tout de même posé (Ennuyer, 2006, p.37).

12 INVERSION DES RÔLES À DOMICILE

Comme le dit Michel Bass (1992) : « lorsque l'on s'interroge sur la notion du domicile (...) la référence sanitaire principale reste l'hôpital » (in Ennuyer, 2006, p.43). Or, dans le monde hospitalier, où le rôle d'invité est joué par le patient. Au sein du domicile, les rôles sont totalement inversés et c'est le soignant qui devient l'invité (Pretto & Mitchell, 2004, p.13-14).

Les changements de rôles s'opérant dans les deux sens, ils peuvent créer des ambiguïtés autant chez les patients que du côté des soignants. En effet, le soignant, ayant comme référence le monde hospitalier ne comprendra pas forcément cette inversion des rôles et sera tenté d'agir comme s'il était en terrain connu, habitué à procéder ainsi. Selon Pretto et Mitchell (2004) : « l'infirmière, en tant qu'invitée, devra demander à entrer et déterminer la meilleure manière de fixer les limites de son rôle professionnel (p.13). Cette position d'invitée semble dès lors plus qu'importante à adopter pour l'infirmière des SAD.

Recevoir des soins ne peut être totalement séparés du lieu où ceux-ci sont reçus (Pretto & Mitchell, 2004, p.13), le patient, peut-être « habitué » à recevoir des soins en milieu hospitalier, pourra alors ressentir un malaise, difficilement compréhensible et/ou exprimable lorsqu'il devra être soigné dans son environnement. En effet, étant alors touché dans son espace intime, la perception du patient de ses soins sera modifiée.

Il incombera alors à l'infirmière de se positionner clairement auprès des patients en tant que leur hôte, tout en restant professionnelle, et ainsi permettre les réajustements nécessaires afin que chacun puisse trouver sa place et s'y sentir à l'aise.

13 RELATION PROFESSIONNELLE ET HES

Au niveau de la formation HES, la 2^{ème} compétence du référentiel de la HES-SO décrit aux étudiants quelques principes de bases liées à la relation professionnelle (HES-SO, 2009, évaluation des compétences) Il s'agit d'individualiser chaque relation selon les caractéristiques de la clientèle. La relation est alors différente selon les patients et sera à adapter.

L'aspect de l'engagement personnel est repris dans ce même référentiel, ainsi que les connotations éthiques dans la relation au travers de la notion de respect (HES-SO, 2009, compétence 2). L'utilisation de cadres de référence théoriques est également mentionnée par la HES-SO, relatifs à la relation d'aide par exemple (HES-SO, 2009, compétence 2).

Le référentiel mentionne finalement la question de l'accompagnement dans la relation. Cet accompagnement vise à aider les patients à trouver du sens dans leur problèmes de santé (HES-SO, 2009, compétence 2). Cet aspect prend tout son sens dans les SAD qui nous l'avons vu vise également l'autonomie au travers du sens que la personne donne à ses choix.

Nous retenons ici que les principes éthiques de respect, d'objectivité et du respect de l'autonomie sont nécessaires dans la relation professionnelle. L'aspect individuel de chaque relation soignant-soigné est également soulevé, tout comme la nécessité du soignant de s'impliquer dans la relation. Nous voyons également que des bases théoriques sont indispensables afin de pouvoir dispenser une bonne relation professionnelle.

14 LE MODÈLE PSYCHOSOCIOLOGIQUE DE LA COMMUNICATION

14.1 LA PERSONNALITÉ DES INDIVIDUS

La personnalité des individus influence la communication au travers de plusieurs facteurs : l'histoire personnelle de chacun, l'état affectif, le niveau intellectuel et culturel, et le statut et les rôles psychosociaux (Edmond et Picard, 1996, p.30). A cela s'ajoutent d'autres facteurs tels que l'âge, le sexe et la profession, qui viennent définir l'identité des interactants. Ces différents traits de la personnalité permettent également à chaque individu de se positionner dans des rapports institués par la culture et la société (parent/enfant, professionnel/client par exemple), en prescrivant par là même certains types de communication et en interdisant d'autres, selon le type de rapport et d'interaction (Anzieu et Martin, 1990, in Edmond et Picard, 1996, p. 30).

14.2 LA SITUATION COMMUNE

Un autre facteur indispensable à l'interaction est la *situation* qui va évoluer grâce à la communication. La situation dépend des objectifs des partenaires, lesquels influencent le contenu et le style de communication (Anzieu et Martin, 1990, in Picard, 1996, p.30-31). Elle rejoint la notion de contexte (Edmond et Picard, 1996, p.84), et influence les interactions selon son cadre spatio-temporel, l'institution, et les rituels ou codes sociaux qui s'y rapportent (Edmond et Picard, *ibid*, p.84).

14.3 LA SIGNIFICATION ET LE SENS DE LA RELATION

La communication permet aux hommes d'échanger, en plus de l'échange d'informations, des significations qui résultent de symboles ayant du sens pour les individus. Un univers symbolique et des cadres de références similaires permettent une meilleure communication. En même temps, les systèmes de valeurs de chacun jouent le rôle de filtre qui sélectionne les informations reçues (Anzieu et Martin, 1990, in Picard, 1996, p.30-31). La communication permet également de donner un sens à la relation. L'approche psychosociologique montre que « le sens, dans la communication, ne naît pas seulement de systèmes de signes préalables à l'échange, mais apparaît suite à l'interaction, par une construction progressive impliquant autant le récepteur que l'émetteur » (Picard, 1992, p. 80).

14.4 ÉCHANGES ET RÉCIPROCITÉ

Instauré par un rituel social, l'échange constitue le fondement de toute vie sociale. (Edmond et Picard, 1996, p. 126). Le rituel, qui désigne en quelque sorte le code de conduite des interactions sociales, (Edmond et Picard, 1996, p.119) tend non seulement à instaurer un rapport d'échanges (de paroles, de marques d'attention, de services), mais il implique que chacun coopère à sa réalisation et à son équilibre, car : « quelque soit le rôle que l'on tienne, on joue toujours en plus celui d'interactant » (Goffman, 1974, in Picard et Edmond, 1996, p.126).

Cette norme d'échanges assure un équilibre dans les relations sociales (Edmond et Picard, 1996, p. 127). Selon Lévi-Strauss (1967), la cordialité exige la cordialité en retour et l'on n'a, par exemple, pas la possibilité de refuser son verre à l'offre du voisin sans insolence. L'acceptation de l'offre autorise une autre offre, celle de la conversation. On s'ouvre un droit en offrant et on s'oblige en recevant, toujours dans les deux sens (Lévi-s Strauss, 1967, in Picard et Edmond, 1996, p. 127).

15 LE MODÈLE D'INTERMÉDIAIRE CULTUREL DE MICHEL NADOT

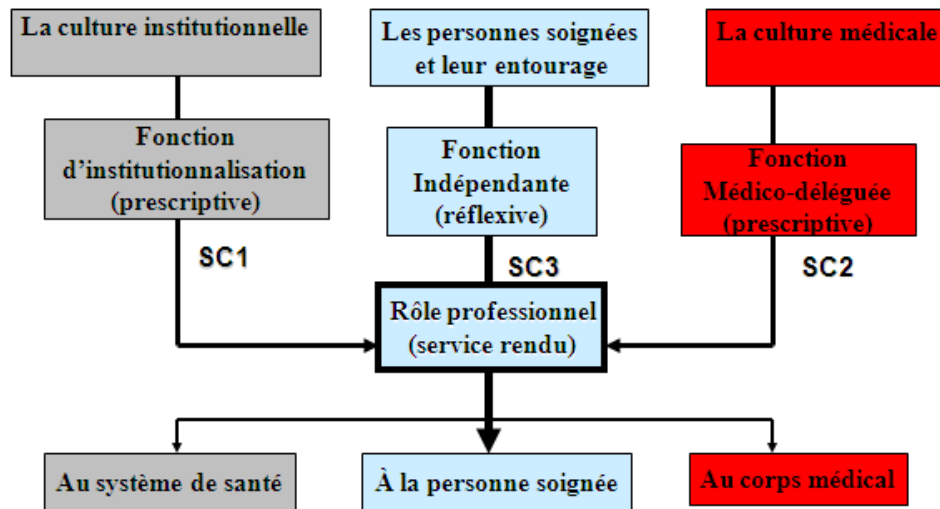


Figure 3: Tiré de Nadot, 2005, p.38

Dans le **SC1**, le rôle infirmier consiste à assurer le fonctionnement du système socio-sanitaire de manière générale, et plus particulièrement de l'institution dans laquelle l'infirmière travaille. Il s'agit ici de comprendre la mission de l'établissement et de travailler en collaboration avec ses partenaires de soins. Il s'agit également de respecter les lois et les règlements en vigueur, de tenir compte des aspects financiers et d'assurer le fonctionnement propre à cette collectivité (Nadot, 2008, p.366-367).

Le **SC2** s'apparente au rôle médico-délégué (tâches déléguées par le médecin). Il s'agit ici pour l'infirmière de contribuer au traitement et à la prévention des maladies en collaborant avec le corps médical en devenant son « agent double » (Nadot, 2008, p.367) L'infirmière observe les patients, évalue leur état et l'effet des traitements. Elle applique également les prescriptions et transmet des informations préventives (Nadot, 2008, p.367).

Le **SC3** regroupe finalement les aspects relationnels et informationnels auprès du patient (Nadot, 2008, p. 368), et correspond au rôle propre infirmier ou rôle autonome. Il comprend l'offre en soin, l'accompagnement dans les étapes de vie de la personne

soignée (Gross,Bulliard-Derville & Fornerod, 2009). Ce troisième système culturel est divisé en deux pôles : le pôle personne soignée et entourage, et le pôle soignant.

Dans le pôle personne soignée et entourage le focus est mis sur les attentes, demandes, besoins, désirs, ressources et difficultés de la personne en tenant compte de tout ce qui influencer ses différents points (Gross,Bulliard-Derville &Fornerod, 2009).

Le pôle soignant met quant à lui l'accent sur les moyens individuels et collectifs que possèdent l'infirmière afin d'accompagner le personne dans son étape de vie. Il intègre la conception de soins et les valeurs défendues, la dynamique d'équipe ainsi que la délégation à d'autres corps de métiers soignants tels que les aides-soignantes ou les ASSC (Gross, Bulliard-Derville & Fornerod, 2009).

15.1 L'INTERMÉDIAIRE CULTURELLE

Cette position permet de prendre en compte la globalité de la situation au travers des trois systèmes culturels rencontrés et place l'infirmière au cœur du système de santé (Nadot, 2008, p.371). La gestion de l'information est la mission principale de l'infirmière qui doit percevoir, diffuser, gérer, utiliser et transformer ces informations en actes et en paroles codifiées différemment selon son bénéficiaire, l'un des trois systèmes culturels (Nadot, ibid, p.370). Cette dans cette gestion des informations que réside la complexité du rôle infirmier, chacun des systèmes possédant un système de valeurs différent (Nadot, ibid, p. 370). Cette pratique « informationnelle » représentant 72% de l'activité soignante (Nadot, 2009, in Gross, Bulliard-Derville & Fornerod, 2009) et qu'elle nécessite des compétences professionnelles pointues et des connaissances multiples (Nadot, 2009, in Gross, Bulliard-Derville & Fornerod, 2009).

16 LE RÔLE AUTONOME À DOMICILE

Selon l'ASI (2011), « les infirmières diplômées travaillant dans les SAD agissent sous leur propres responsabilités (...) et la prestation médicale se limite souvent (...) à apporter une signature pro forma » (p.4). Cela démontre que le rôle autonome est très développé à domicile et que l'apport médical, bien qu'indispensable d'un point de vue légal et administratif, reste très faible.

Concrètement, dans les services de soins à domicile, l'infirmière effectue, suite à un mandat médical, une visite à domicile. Là, elle réalise une évaluation complète et globale du patient en suivant les critères du RAI-home care. Suite à cette évaluation, elle planifie les soins nécessaires qui sont retranscrits en temps selon le catalogue de prestations OPAS. Cette retranscription est contenue sur un formulaire OPAS qui est transmise au médecin afin qu'il y appose son accord de par sa signature, permettant ainsi une reconnaissance légale de l'évaluation et un remboursement des prestations de la part des assurances-maladies. Le mandat médical, comme le souligne Françoise Bardet (2005) est la porte d'entrée dans les soins à domicile et il faut, en quelque sorte « profiter » de ce mandat pour installer le rôle propre infirmier (Bardet, 2005, p.9). Un bon accomplissement des actes médico-délégués aide les infirmières à instaurer une « crédibilité » et un climat de confiance auprès des patients (Bardet, 2005, p.9) afin de pouvoir, par la suite, exercer pleinement le rôle autonome (p.9).

Le rôle autonome correspond selon Nadot (2008) au SC3, qui met en avant les aspects relationnels et informationnels auprès du patient, et la capacité à l'accompagner dans ses étapes de vie. La part du rôle médico-délégué (SC2) semble dès lors très faible à domicile, par rapport au rôle autonome.

16.1 L'AUTONOMIE INFIRMIÈRE

Pour rappel, l'autonomie est un concept qui se définit à travers quatre attributs: la prise de décision pour soi, la maîtrise de son environnement et de ses ressources, la conscience de ses actes ou l'intégrité intellectuelle, et finalement la gestion de ses dépendances (Delplanque, 2009, p.2). Selon Le Brun (2001), l'autonomie professionnelle se définit par la marge de manœuvre laissée au personnel dans la réalisation de ses tâches. Bien que les grandes lignes directrices du travail soient définies conjointement entre l'employeur et l'employé à partir des politiques

institutionnelles, l'autonomie réside dans le choix des méthodes, les moyens et les processus d'intervention (Le Brun, 2001, p.5-6). Cette définition nous renvoie à la notion de choix personnel, qui semble propre à chaque professionnel et met en évidence les limites posées par le cadre institutionnel.

16.2 L'AUTONOMIE SELON PIGUET

Piguet (2009) approfondit le concept de l'autonomie en distinguant l'*indépendance* qui est « la liberté d'agir dans l'exercice d'une fonction hors de toute référence à un autre » (Piguet, 2009) de l'*autonomie* qui résulte d'une « interdépendance entre soi et l'environnement » (Piguet, 2009). L'environnement semble donc influencer l'autonomie dans le rôle infirmier, laquelle nécessite une « posture claire, une orientation et des savoirs, pour soi et les autres » (Piguet, 2009). Inspirée de Bandura (2003), Piguet (2009) définit finalement l'autonomie infirmière comme « sa puissance personnelle d'agir selon l'orientation qu'elle aura choisi ». Nous retrouvons ici la notion de choix personnels, lesquels sont toutefois cadrés par la formation (Piguet, 2009, Magnon & Dechanoz, 1995, p.25).

Nous retenons ici que l'autonomie ne correspond pas à l'indépendance, car l'autonomie fait suite à des interactions avec autrui et l'environnement. L'autonomie nécessite également d'avoir une posture claire de son rôle et des connaissances, afin de pouvoir agir personnellement en toute conscience, ce qui renvoie l'infirmière aux principes éthiques.

17 LE SENS DES SAD DIFFÉRENT

17.1 RÔLE AUTONOME VERSUS RÔLE MÉDICO-DÉLÉGUÉ

Concrètement, nous avons vu dans le cadre législatif que toute situation de soins à domicile débute par une prescription médicale. Ce mandat médical est la porte d'entrée dans les soins à domicile et les gestes techniques sont la première raison des interventions à domicile (Bardet, 2005, p.8-9). Selon le même auteur, il faut en quelque sorte « profiter » de ce mandat pour installer le rôle propre infirmier (Bardet, 2005, p.9), car un bon accomplissement des actes médico-délégués aident à instaurer une « crédibilité » et un climat de confiance auprès des patients (Bardet, 2005, p.9). Nous pouvons en déduire que le rôle infirmier est surtout connu et « reconnu » auprès des patients de par ses actes médico-délégués. Toujours selon Bardet (2005), la responsabilité infirmière réside ensuite dans la capacité à créer un climat propice afin de pouvoir, par la suite, exercer pleinement le rôle autonome (p.9). La place du rôle autonome semble dès lors primordiale, et passe tout d'abord par la création d'une relation de confiance avant de pouvoir s'étendre par la suite.

Selon l'ASI (2011), « les infirmières diplômées travaillant dans les SAD agissent sous leur propres responsabilités (...) et la prestation médicale se limite souvent (...) à apporter une signature pro forma » (p.4). Cela démontre effectivement que le rôle autonome est très développé à domicile et que l'apport médical, bien qu'indispensable d'un point de vue légal et administratif reste très faible.

Nous voyons ici que les aspects médico-délégués sont indispensables et importants pour le premier contact, mais qu'ensuite le rôle autonome prend rapidement le dessus sur le rôle médico-délégué. Nous voyons également un certain décalage entre ce qui est attendu de l'infirmière à domicile (gestes techniques) et les activités proposées concrètement, lesquelles ne se limitent pas aux soins.

C'est cette différence pourquoi nous allons maintenant creuser.

17.2 LE SENS DU SOIN À DOMICILE DIFFÉRENT DU MILIEU HOSPITALIER

Comme nous avons pu le voir précédemment, une certaine ambiguïté semble exister dans les soins à domicile, tant du côté de l'attente des patients que dans l'exercice du rôle infirmier qui tend à trouver sa place, autre que celle connue du milieu hospitalier.

Le but principal du soin à domicile étant le maintien à domicile, une grande part du rôle infirmier est axée sur la promotion et prévention de la santé afin d'optimiser ce maintien à domicile. Ces accents ne semblent pas être aussi présents dans le milieu hospitalier, qui est comme nous l'avons relevé le lieu où s'exerce le plus la profession infirmière et où elle est donc le plus visible. Le quiproquo semble donc se situer au niveau du sens des soins différent selon le milieu de soins.

C'est pourquoi nous allons dans ce chapitre tenter de comprendre cette différence de sens en débutant par mettre en évidence la « référence hospitalière » avant d'aboutir sur ces différences concrètes par rapport au contexte des SAD.

17.3 LA RÉFÉRENCE DE L'HOSPITALOCENTRISME

Comme le dit Michel Bass (1992) : « lorsque l'on s'interroge sur la notion du domicile (...) la référence sanitaire principale reste l'hôpital » (in Ennuyer, 2006, p.43). Et, selon Pretto et Mitchell (2004) le mot « patient », bien que relié à la notion de souffrance, reste pour beaucoup relié à un modèle de soins dictés par un médecin (p. 21). Or comme nous l'avons vu le médecin n'est pas présent lors des interventions à domicile où l'infirmière travaille de manière très autonome.

Une autre différence notable pour le professionnel de santé à domicile est qu'il a beaucoup moins le contrôle de la situation qu'il ne l'aurait en établissement (Pretto et Mitchell, 2004, p. 22). Cela laisse supposer un certain lâcher prise de l'infirmière lorsqu'elle quitte le patient, mais également des aspects éducatifs importants à transmettre. Collière (1996) est assez catégorique en disant que : « soigner perd quasiment tout son sens lorsque l'on sort du milieu hospitalier (...) les soins étant axés sur un modèle d'hospitalocentrisme, les infirmières transportent avec elles toute l'image d'une fonction soignante telle qu'elle est construite à l'hôpital » (p. 237). C'est bien le sens des soins qui semble différent entre l'hôpital et le domicile.

17.4 LES SOINS VUS DIFFÉREMMENT

L'Ennuyer (2006), confirme cette différence de sens entre le domicile et l'hôpital : « à domicile, on ne recherche pas le résultat ou l'efficacité à tout prix en suivant un modèle rationnel et scientifique induit par le monde médical très présent en milieu hospitalier. Il s'agit plutôt d'un accompagnement au quotidien par le partage des savoirs. Il n'y a plus de positionnement de spécialiste ou d'expert, mais un cheminement avec une personne » (p. 43-44). Cette notion d'accompagnement ressort également lorsque l'on s'attarde sur la signification du mot « maintien » à domicile, qui est le but principal des soins à domicile. Selon l'Ennuyer (2006) le terme maintenir signifie: soutenir, protéger, défendre, tenir avec la main(...) avec la connotation de conservation et de continuité» (p. 29). Le terme soigner à domicile devient dès lors autre chose que « réparer » (Collière, 1996, p. 238) comme cela peut être le cas dans le milieu hospitalier. Le soin à domicile devient dès lors un accompagnement et rejoint la conception des soins coutumiers ou habituels développée par Collière (annexe 18).

En reprenant Collière (1996) : la fonction infirmière majeure et de « discerner ce qui favorise le développement de la vie des gens et ce qui y fait obstacle afin d'éviter que la maladie n'apparaisse (prévention primaire), ne s'installe (prévention secondaire), ne s'aggrave (prévention tertiaire) » (p.238).

Nous voyons à travers ces citations que les soins à domicile contiennent davantage la notion de partenariat avec le patient et d'accompagnement plutôt que la position « d'expert médical ». Collière (1996) nous fait aussi clairement apparaître les notions de prévention et de promotion de la santé plus qu'importantes dans les activités quotidiennes de l'infirmière à domicile.

18 LA CONCEPTION DES SOINS DE MARIE-FRANÇOISE COLLIÈRE

La carrière de Marie-Françoise Collière a été orientée en santé communautaire. Les soins à domicile représentant un aspect des soins de santé communautaire (Brunner et Suddarth, 2011, p.23), sa conception des soins va dès lors rejoindre notre thématique.

Collière décrit les soins avant tout comme des activités qui visent à maintenir et entretenir la vie (Collière, 1982, p.241). Elle sépare les activités en deux groupes distincts selon les termes anglais « to care » et « to cure » (Collière, *ibid*, p.243).

Le « to care » (= prendre soin) correspond aux *soins coutumiers et habituels* (Collière, 1982, p.243). Ce sont les soins liés aux fonctions d'entretien de la vie, tels que l'alimentation, la toilette, l'apport de lumière, de mouvement, et les soins de nature affective et psycho-sociale, tel que l'entretien du réseau relationnel. Ce sont des éléments sources d'énergie vitale qui sont à stimuler (Collière, *ibid*, p.244). Le « to cure » (= traiter en ôtant le mal), correspond aux *soins de réparation* ou au traitement de la maladie (Collière, *ibid*, p.243-244). Ils sont liés au besoin de réparer ce qui fait obstacle à la vie (Collière, *ibid*, p.243).

Pour elle, les soins de réparation ne sont utiles que dans certaines circonstances, et ils viennent se surajouter aux soins coutumiers (Collière, *ibid*, p.244). Elle met en garde, lorsqu'il y a prévalence du « cure » sur le « care » il y a disparition progressive de toutes les forces de vie de la personne (Collière, *ibid*, p.245). Cette conception de soin est orientée sur la « promotion de la vie »⁷ car, selon elle, « la vie se retire à chaque fois que l'on se préoccupe davantage de ce qui meurt que de ce qui vit » (Collière, *ibid*, p.245).

⁷ Il s'agit ici du titre de l'ouvrage de M.-F. Collière, (1982), *Promouvoir la vie*. Editions InterEditions.

19 ACTIVITÉS ET CAPACITÉS DES INFIRMIÈRES À DOMICILE

19.1 ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES

La brochure canadienne des ISCC (2010) mentionne, pour les infirmières travaillant à domicile, les activités de : « enseignement, intervention curative, soins de fin de vie, réadaptation, soutien et entretien ménager, adaptation et intégration sociales ainsi que soutien pour l'aidant naturel (p.7). Il leur est aussi demandé d'introduire, de coordonner, de gérer et d'évaluer les ressources requises pour promouvoir le niveau maximal de santé et de fonction du patient (American Nurses Association, 2008, in ISCC, 2010, p.2). Nous voyons ici la variété des activités pratiquées à domicile, voyons maintenant les capacités

19.2 CAPACITÉS SPÉCIFIQUES

19.2.1 L'ADAPTATION

Les capacités d'adaptation, déjà soulevées par rapport au contexte du domicile, doivent être très développées à domicile selon plusieurs auteurs (ISCC, 2010, Poletti, 2005), Cette capacité d'adaptation ressort également au travers de la variété des activités à exercer, nécessitant pour l'infirmière de passer d'une intervention de soins chez un patient en fin de vie à la pose d'un antibiotique chez le patient suivant, nécessitant la pose d'un cathéter veineux. L'infirmière « jongle » ainsi d'une intervention à l'autre entre deux univers et techniques de soins totalement différents. La variété de profils de patients implique également pour les infirmières un grand éventail de diagnostics (ISCC, 2010, p.7), ce qui nécessitera des connaissances très larges de la part des infirmières, afin d'évaluer au mieux chaque situation (Bardet, 2005). La capacité d'évaluation requiert également un sens aigu de l'observation selon Poletti et Bardet (2005).

19.2.2 LA COLLABORATION

L'interdisciplinarité est présente dans les définitions des SAD. L'infirmière occupe un poste fondamental dans cette interdisciplinarité, étant souvent la plus proche du patient

est donc au centre pour récolter les informations et « diriger » les interventions de soins, rejoignant ainsi la position d'intermédiaire culturelle de Michel Nadot.

Les familles nécessitent elles aussi une attention particulière et des appuis de la part des institutions de soins à domicile (Fragnière, 2011). Leur appui est essentiel pour prendre le relais entre les interventions des SAD. Cela nécessitera de la part des infirmières d'intégrer les familles dans ses actions relationnelles de soutien et d'informations.

Une autre capacité ressortant de la littérature est la capacité à exercer de « manière hautement indépendante et autonome » (ISCC, 2010, p.7, FASDS, 2005). Ce point nous paraît essentiel car l'infirmière est amenée à travailler seule la plupart du temps lors de ses interventions.

19.2.3 L'ÉVALUATION DES BESOINS

Selon la FASDS, l'évaluation des besoins des patients est l'une des responsabilités principales de l'infirmière (annexe 7). Au niveau législatif, l'évaluation est l'une des prestations de l'OPAS de 1ère catégorie (OPAS, art.7). Cela correspond au tarif le plus élevé des prestations infirmières remboursées par les assurances-maladies, nous laissant supposer que l'évaluation fait partie des actions les plus importantes.

Collière (1996) décrit très bien l'évaluation faite par les infirmières à domicile :

« L'infirmière part des besoins existant des patients » (p. 229), ce que nous mettons en lien avec un sens aigu de l'observation. « L'infirmière propose ensuite de développer les capacités des familles pour appréhender les difficultés ou obstacles qu'elles rencontrent » (p. 229) ce qui rejoint la notion de promotion et de prévention de la santé, tout en intégrant la famille. Collière (1996) poursuit en nous disant que l'évaluation requiert, de la part des infirmières, « d'évaluer le degré de risque et de vulnérabilité que les patients et leur famille peuvent connaître » (p. 229) ce qui nécessite là des connaissances physiopathologies accrues et à nouveau un sens aigu de l'observation. L'infirmière établit ensuite : « une action éducative et une fréquence d'action adéquates avec l'évaluation de la vulnérabilité » (p. 229), ce qui rejoint ici à nouveau les aspects de promotion de la santé (éducation) et de prévention de la maladie (éviter risques). Finalement, Collière nous dit que : « c'est l'estimation de l'action à entreprendre qui déterminera la charge et la répartition du travail du service infirmier » (p. 229).

Cette action d'évaluation, qui regroupe quasiment toutes les capacités spécifiques de l'infirmière à domicile, est donc le point de départ de la mission à domicile et place ainsi l'infirmière dans une position centrale (Colin & Rocheleau, 2004, p.267), ce qui rejoint l'intermédiaire culturelle de Michel Nadot.

Cette évaluation nécessite d'être faite de façon pointue afin d'être au plus proche de la réalité des besoins et des risques des patients. Un nouvel outil est venu soutenir les infirmières à domicile dans cette tâche. En effet les infirmières bénéficient et utilisent depuis 2004 en suisse: le Resident Assessment Instrument-Home-Care (RAI-domicile) (Monod, Hongler, Castelli, Clivaz-Luchez & Büla, 2011). Cet outil permet d'effectuer des évaluations de qualité, grâce à un recueil de données global et pertinent, et ainsi soutenir le travail infirmier dans l'optique d'être au plus près des besoins des patients, en identifiant au mieux leurs problématiques (Monod & al, 2011). Il tend également à « standardiser » les critères de soins et ainsi faire preuve d'équité. Bien que très utile, cet outil ne remplace cependant nullement la réflexion infirmière qui reste indispensable.

La capacité d'évaluation est également en ligne directe avec le concept d'autonomie. D'une part pour l'infirmière qui réalise seule son évaluation et d'autre part, l'autonomie du patient rentre également en ligne de compte lorsque l'infirmière estime la fréquence des interventions à laquelle le patient sera libre ou non d'adhérer.

19.2.4 LES CAPACITÉS « PROMOTIONNELLES » DE SANTÉ

Les aspects de promotion et de prévention de la santé sont très présents à domicile. En effet ils font partie de la mission des SAD avec des actions qui visent à : « promouvoir, maintenir ou restaurer leur santé, maximiser leur niveau d'autonomie, maintenir leur intégration sociale, faciliter l'appui des proches » (www.avasad.ch, 2012).

Selon l'OMS, la promotion de la santé vise le bien-être global de l'individu (physique, mental et social) et s'inscrit dans le processus évolutif de la vie. Il met l'accent sur les ressources sociales et personnelles des individus (OMS Europe, 1986, p1). Ces principes rejoignent ici ceux de la santé communautaire et par conséquent des SAD, qui visent à promouvoir l'autonomie de la personne à domicile par un accompagnement au quotidien. Selon l'association canadienne (ISCC, 2010), les aspects de promotion et de prévention de la santé demandent une excellence en communication et en motivation (p.7), ainsi que des capacités de négociation (Poletti, 2005). Bardet (2005) nous dit

quant à elle qu'il faut avant toute chose, pouvoir créer un climat de confiance indispensable, incitant le patient à une démarche participative (p.11).

La responsabilité de promotion de la santé (CII, 2006) nécessite d'une part des connaissances théoriques, des capacités d'adaptation, puis des qualités communicationnelles et relationnelles afin de transmettre au mieux les informations nécessaires au patient. Collière (1996) met également en évidence les actions préventives variées de l'infirmière (p.238) sur la population variée des SAD.

19.2.4.1 PROMOTION DE LA SANTÉ

Les notions de promotion de la santé se retrouvent dans le référentiel de compétences de la FASDS, où il est demandé à l'infirmière de définir, en collaboration avec les patients, les projets de soins ainsi que les moyens pour y parvenir en tenant compte de leurs ressources (annexe 20, compétences 1.1 et 1.2). La maîtrise de la santé passant inévitablement par les connaissances et l'information, ces aspects sont aussi repris dans le même référentiel, au travers des interventions d'information, des actions d'éducation à la santé, de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale (annexe 20, points 1.5 et 1.6). La compétence n°3 est également axée sur la promotion de la santé : l'infirmière est chargée de favoriser l'émergence des demandes des patients en matière de promotion de la santé et de les aider à clarifier leurs besoins en utilisant les moyens pédagogiques les mieux adaptés (annexe 20, compétences 3.1, 3.2).

19.2.4.2 PRÉVENTION DE LA SANTÉ

Le terme plus adéquat serait prévention de la maladie, car la prévention fait référence à la maladie plutôt qu'à la santé. Il s'agit, selon l'OMS (1999) « des mesures qui visent non seulement à empêcher l'apparition de la maladie, telle que la lutte contre les facteurs de risque, mais également à en arrêter les progrès et à en réduire les conséquences » (p.4). Il existe trois catégories de prévention selon l'OMS ; la *prévention primaire* vise à empêcher l'apparition d'une maladie encore inexistante. La *prévention secondaire* s'applique au tout début d'une maladie, et regroupe les actes qui visent à retarder ou stopper son évolution par un traitement ou supprimer les facteurs de risques. La *prévention tertiaire* finalement s'adresse aux individus pour qui la maladie est déjà installée. Il s'agit alors de réduire les complications, d'amoindrir les effets négatifs et/ou les séquelles de la maladie. Elle vise une réadaptation globale du patient, physique,

mental et social (www.sante.gouv.fr, 2013). Les infirmières exercent la prévention sur les trois niveaux.

Dans le référentiel de compétences de la FASDS (annexe 21), les compétences 1.4 et 1.5 reprennent cette notion de prévention lorsqu'il dit « l'infirmière met en place des mesures préventives, et participe aux diagnostics et aux traitements. ». Elle élabore, propose et réalise également des actions d'éducation, de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale (1.6). La compétence n° 3 nommée « accompagnement des personnes soignées et de leur entourage dans la prévention de leur santé » correspond également à des actions de prévention liées à la promotion de la santé.

Ces deux concepts de promotion et de prévention semblent s'imbriquer, également dans les référentiels de compétences. Etant néanmoins primordiaux au sein des SAD (objectif prioritaire de la santé communautaire) ils mériteraient cependant, à nos yeux, d'être plus clairement explicités.

Nous voyons également que l'infirmière à domicile exerce des actions préventives de santé sur les trois niveaux, car elle interagit avec des patients souffrant de maladies chroniques ou nécessitant des soins aigus de courte durée. Elle fait également des actions de prévention primaire auprès de proches aidants par exemple, en les soutenant et les informant afin qu'ils ne s'épuisent pas.

Nous faisons ici aussi le lien avec les capacités spécifiques qui demandent à l'infirmière exerçant à domicile une excellence en communication et en motivation directement lié à cette notion de transmission de promotion de la santé. Les capacités de négociation également, tout cela après avoir créé un climat de confiance propice au partenariat. Les activités de promotion et de prévention font donc également largement appel aux aptitudes relationnelles des soignantes.

20 RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES DE LA FASDS

FASDS

TRAME DE BASE POUR RÉFÉRENTIEL DES COMPÉTENCES HES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DANS LE DOMAINE DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE

CONCEPTION DE L'AIDE ET DES SOINS À DOMICILE DE LA FASDS

Permettre à toute personne malade, handicapée, nécessitant un soutien, une surveillance, de l'aide ou des soins, de vivre dans son environnement habituel et le plus longtemps possible.

Les prestations s'inscrivent avant tout sur l'apport volontaire de la personne et de son entourage qu'elles visent à soutenir et si nécessaire à relayer provisoirement

Toute demande d'intervention fait l'objet d'une évaluation et d'un contrat dont les modalités sont négociées avec la personne, ses proches et si nécessaire en collaboration avec les partenaires du réseau médico social.

Synthèse des principes éthiques de l'ASI (association professionnelle) se basant sur :

- le respect de l'autodétermination (autonomie) de la personne soignée
 - la prévention des dommages potentiels (non malfaisance)
 - le souci de faire le bien, d'offrir sécurité et qualité de vie (bienfaisance)
 - la recherche d'égalité et d'équité dans l'administration des soins
 - la fiabilité, la fidélité, l'authenticité et l'honnêteté du/de la soignant-e
- N.B. Les contenus des principes éthiques de l'ASI sont à disposition dans le service (version 2003)

Profil de l'infirmier-ère titulaire du titre HES (ou titre jugé équivalent)

- Est capable d'appréhender et d'analyser la complexité des situations de soins* et/ou d'aide, d'anticiper leur évolution, en sachant mobiliser rapidement des savoirs pertinents.
 - Prend des décisions en étant capable de les argumenter auprès de l'équipe pluridisciplinaire.
 - En faisant preuve d'efficacité, propose aux personnes soignées des alternatives dans les projets de l'aide et des soins.
 - Dispose de l'autonomie nécessaire, afin de maîtriser l'ensemble des interventions professionnelles et auto-régule ses apprentissages en fonction des compétences à développer.
- S'engage comme professionnel-le.

* Soins (définition) inclut l'ensemble des prestations santé et sociales dispensées par les organisations d'aide et de soins à domicile selon la législation en vigueur.

TITULAIRE AU POSTE _____

LIEU DE TRAVAIL _____

SUPÉRIEUR HIERARCHIQUE _____

DESCRIPTION DES COMPETENCES

Spécifiques à l'exercice professionnel

		EVALUATION DES COMPETENCES		
1. En relation avec la conception, la réalisation et l'évaluation des prestations de l'aide et des soins, en partenariat avec les personnes et leur entourage		A = maîtrisées B = partiellement maîtrisées C = à acquérir		
		A	B	C
1.1.	Définit, avec l'équipe pluridisciplinaire et avec les personnes soignées et leur entourage, des projets de l'aide et des soins, ainsi que les moyens pour les mettre en œuvre			
1.2.	Crée des conditions et évalue avec les personnes soignées et leur entourage leurs besoins en matière de soutien et de suppléance dans les activités de la vie quotidienne et y répond de façon adaptée, en tenant compte aussi de leurs ressources			
1.3.	Accompagne les personnes soignées et leur entourage dans les situations de crise et dans les périodes de fin de vie			
1.4.	Participe, avec l'équipe multidisciplinaire, aux mesures préventives, diagnostiques et aux traitements, en respectant les critères de sécurité, d'efficacité, de confort et d'économie			
1.5.	Met en place des actions adaptées dans ses interventions d'information, de prévention auprès des personnes soignées			
1.6.	En étroite collaboration interdisciplinaire avec les professionnels de l'équipe, élabore, propose et réalise des actions d'éducation à la santé, de réadaptation fonctionnelle et de réinsertion sociale			
1.7.	Respecte la philosophie institutionnelle, la déontologie professionnelle et s'inspire des principes éthiques définis par l'Association professionnelle			
Cf : Référentiel des compétences de filières HES				
2. En relation avec les échanges professionnels tissés avec les personnes soignées et leurs proches dans la perspective des projets de soins et d'aide		A	B	C
2.1.	Dans la mesure du possible, tient compte des demandes des personnes soignées et de leur entourage, qui peuvent dépendre des contextes de vie, des âges, des états cliniques, des situations sociales et environnementales, des événements actuels, des investigations et des traitements instaurés			
2.2.	S'implique personnellement à respecter l'altérité des personnes soignées			

FASDS

TRAME DE BASE POUR REFERENTIEL DES COMPETENCES HES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE DANS LE DOMAINE DE L'AIDE ET DES SOINS A DOMICILE

2.3.	Manifeste des capacités de communication verbale et non verbale avec les patients/clients			
2.4.	Profite de toutes les activités de soins et d'aide pour établir de bonnes relations avec les personnes et leur entourage. Favorise l'espace relationnel, malgré les contraintes spatiales et temporelles			
2.5.	Soutient les personnes soignées et leur entourage dans la recherche du sens des expériences vécues			
2.6.	Au sein de l'équipe interdisciplinaire, fait valoir les intérêts des patients/clients			
Cf : Référentiel des compétences de filières HES				
3.	En relation avec l'accompagnement des personnes soignées et de leur entourage dans la prévention de leur santé	A	B	C
3.1.	Favorise, chez les personnes soignées et leur entourage, l'émergence de leurs demandes en matière de promotion de la santé et les aide à les clarifier			
3.2.	Utilise les moyens pédagogiques les mieux adaptés aux caractéristiques des personnes soignées et leur entourage dans leur souhait de promotion de leur santé et chemine avec elles dans la recherche et l'application de solutions adaptées à chaque situation			
Cf : Référentiel des compétences de filières HES				
4.	En relation avec l'évaluation de sa pratique professionnelle, dans le but d'ajuster et de développer ses interventions	A	B	C
4.1.	Fait preuve d'un jugement clinique adapté pour analyser et interpréter les situations de soins et d'aide			
4.2.	Réfléchit dans et sur l'action, en se référant à des connaissances et des conceptions professionnelles			
4.3.	Actualise régulièrement ses connaissances professionnelles par le suivi de cours offerts intra ou extra muros ou par d'autres actions de formation permanente			
Cf : Référentiel des compétences de filières HES				
5.	En relation avec sa contribution aux recherches menées dans le cadre des soins infirmiers ou dans le domaine interdisciplinaire	A	B	C
5.1.	Dans la mesure des possibilités, propose à ses supérieurs des projets d'amélioration liés à la problématique du terrain			
5.2.	Dans toute recherche mise en place dans son unité de travail, respecte les principes éthiques, veille à la diffusion des résultats et utilise ceux-ci dans sa pratique			
Cf : Référentiel des compétences de filières HES				

6. En relation avec l'encadrement du personnel en formation et des nouveaux collaborateurs		A	B	C
6.1.	Accompagne les nouveaux collaborateurs dans leur phase d'intégration			
6.2.	Démontre et explicite son expertise professionnelle			
6.3.	S'appuie sur les ressources de ses partenaires professionnels dans le domaine de l'encadrement et du soutien des personnes dans leur processus de changement			
6.4.	Participe à la formation pratique des étudiants en soins infirmiers, ainsi que de tout-e autre stagiaire et met son expertise professionnelle au service de leur processus d'apprentissage			
Cf : Référentiel des compétences de filières HES				
7. En relation avec sa collaboration au fonctionnement du système de santé		A	B	C
7.1.	Collabore avec les services médico-sociaux pour les démarches à entreprendre concernant le suivi du patient/client			
7.2.	Recourt aux prestations et aux compétences des autres professionnels pour l'enseignement ou l'information des personnes soignées et/ou aidées (exemples : infirmières de diabétologie, diététiciennes, ergothérapeutes, physiothérapeutes, assist. sociaux, pharmacien, etc.) ainsi que les associations bénévoles			
Cf : Référentiel des compétences de filières HES				
8. En relation avec sa participation aux démarches qualité entreprises dans l'Institution		A	B	C
8.1.	Avec les autres membres de l'équipe, place la qualité des soins et de l'aide au centre de son activité professionnelle			
8.2.	En collaboration avec l'équipe et en accord avec le service ou la clinique, développe et adapte des outils pour améliorer la qualité des prestations			
8.3.	Ecoute les satisfactions ou les insatisfactions exprimées par les personnes soignées et/ou aidées et essaie, avec l'équipe, d'améliorer ce qui peut l'être			
8.4.	Prend connaissance des résultats des enquêtes de satisfaction des patients/clients organisées par l'Institution et intègre dans sa pratique les résultats obtenus, afin d'améliorer la qualité des prestations soignantes			
Cf : Référentiel des compétences de filières HES				
9. En relation avec le développement du rôle infirmier et de sa profession		A	B	C
9.1.	Est capable d'assumer les responsabilités liées à l'exercice du rôle professionnel infirmier.			
9.2.	Affirme le point de vue infirmier dans les prises en charge interdisciplinaires.			
9.3.	Défend des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité			

21 L'ÉTHIQUE DANS LE RÔLE INFIRMIER À DOMICILE

Les principes éthiques servent de cadres de référence à toute pratique professionnelle, cependant la gamme des questions éthiques qui se pose à domicile est beaucoup plus large, comparativement à un milieu institutionnel (Pretto & Mitchell, 2004, p.23). Voici quelques notions éthiques de bases, relatives à la profession infirmière, puis spécifiquement à l'infirmière travaillant à domicile.

21.1 GÉNÉRALITÉS

La ligne de conduite spécifique aux infirmières est déposée par le code déontologique du Comité Internationale des Infirmières [CII]. Des normes de conduite décrivent clairement les attitudes professionnelles que l'infirmière doit adopter par rapport aux patients, à sa pratique et envers ses collègues (CII, 2006). L'éthique des soins repose sur quatre principes fondamentaux, développés par l'ASI (2003) : le respect de l'autodétermination (*l'autonomie*), le souci de faire le bien, d'offrir sécurité et qualité de vie (*la bienfaisance*), la prévention des dommages potentiels (*la non-malfaisance*) et la recherche d'une répartition juste des ressources (*la justice*) (ASI, 2003, p. 9). Ces principes sont des valeurs de référence, enseignés durant la formation, et qui vont guider les actions infirmières tout au long de leur carrière professionnelle. Nous mettons ici en évidence le principe d'autonomie, ici par rapport au respect du patient, qui nous le voyons est un principe éthique fondamental.

Voyons maintenant l'éthique spécifiquement dans un contexte de soins à domicile.

21.2 LE CADRE ÉTHIQUE À DOMICILE

La FASDS reprend les principes éthiques de l'ASI afin de poser son cadre éthique institutionnel (www.fasds.ch, 2010). Cette institution demande également spécifiquement à ses infirmières d'agir selon les valeurs d'équité, de partenariat et de subsidiarité (www.fasds.ch, 2010). Ces notions, bien que rejoignant le principe de justice, semblent dès lors avoir une importance particulière à domicile.

Selon Bevernage (1996), l'éthique infirmière à domicile exprime des valeurs et des normes, fondées sur une conception du bien pour l'homme (p.20). Il s'agit, d'une

réflexion systématique sur le conflit entre ce qui est souhaitable et ce qui est possible, bon et juste pour le patient (Bevernage, 1996, p.20).

Nous voyons ici l'importance et la place de la réflexion éthique à domicile pour les soignantes. Voyons maintenant le lien avec l'autonomie infirmière.

21.3 L'ÉTHIQUE AU SEIN DE L'AUTONOMIE

Les questions éthiques sont reliés à l'autonomie professionnelle car celle-ci suppose : « un grand respect de la profession et de la personne » (Le Brun, 2001, p.6), ce qui rejoint les principes éthiques de base. Pretto et Mitchell (2004) soulignent également ce lien car : « il n'est pas facile de savoir si un soignant sera vertueux tout au long du séjour au domicile » (p.23), le professionnel n'ayant pas de « témoin » à ses actes. La moralité de l'infirmière sera alors mise à contribution, liée aux choix personnels des infirmières, et donc à leur autonomie. Pour soutenir les praticiens individuels à développer et maintenir leur vertu, Pretto et Mitchell (2004) soulignent la nécessité d'une aide de la part du cadre institutionnel (p.23).

Nous voyons ici la mission de l'institution d'éclairer et de soutenir les professionnels, non plus seulement avec une description du rôle professionnel, mais spécifiquement sur les questions éthiques.

21.4 LES QUESTIONS ÉTHIQUES À DOMICILE

De nombreuses situations vont venir questionner le soignant à domicile, par exemple la question des limites du respect de l'autonomie du patient. Nous allons dans ce point tout d'abord exposer les questions éthiques « courantes » et mettre en évidence les questionnements soulevés⁸, sans forcément y apporter de réponses. En effet les dilemmes éthiques nécessitent d'être discutées et réfléchies en équipe, et les décisions relatives aux situations ne peuvent se prendre qu'au par cas (Poirier Coutansais, 2009, p.176). Nous poursuivrons par mettre en évidence deux autres questions éthiques

⁸ Nous allons pour ce faire, nous référer à une étude de Zumwald (2010), qui a permis de mettre en lumière les problématiques les plus fréquemment rencontrées à domicile, lesquelles viennent toucher trois pôles ; les valeurs du professionnel, le cadre légal (ou institutionnel) et les principes éthiques de bases : autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice (Zumwald, 2010).

soulevées par Pretto et Mitchell (2004), faisant suite à une conférence canadienne sur l'éthique au sein des SAD : l'équité et la confidentialité. Nous terminerons ce chapitre sur l'éthique à domicile par les implications de toutes ces interrogations pour l'infirmière.

21.4.1 LE DEVENIR DU CLIENT

La première question ressortie fréquemment dans l'étude de Zumwald (2010) rejoint la problématique du respect de l'autonomie du patient dans une situation où il se met en danger, par exemple en chutant fréquemment, en refusant les soins ou en vivant dans un environnement insalubre (Zumwald, 2010). Comment réagir professionnellement dans une telle situation ? Est-ce que le respect de l'autonomie du patient prime sur le principe de bienfaisance du professionnel ? Et inversement comment l'infirmière gère-t-elle son sentiment d'impuissance, voire d'inutilité ? Une autre question est de savoir jusqu'où l'infirmière supporte-t-elle de travailler dans un environnement insalubre ? (Zumwald, 2010). Ce qui rejoint ici les limites personnelles de l'infirmière.

21.4.2 LE PROFESSIONNEL PAS RESPECTÉ

Une autre question fortement ressentie à domicile est celle du respect du professionnel. Notamment dans un environnement insalubre comme nous l'avons vu, mais aussi lorsque l'infirmière ne dispose pas des moyens suffisants à ses yeux afin de venir en aide au patient, ou alors en étant confrontée à des agressions répétées de la part des patients (Zumwald, 2010). Le dilemme apparaît alors entre : le droit au respect l'autonomie du patient et le droit au respect pour le professionnel, dans sa sécurité et dans sa santé au travail (Zumwald, 2010).

21.4.3 SENTIMENT D'IMPUISSANCE OU DE MALFAISANCE

Une autre interrogation peut être soulevée à domicile, suscitant une remise en question du but de l'intervention de l'infirmière. Ce questionnement peut être induit par la pression des proches, lesquels demandent énormément aux professionnels de santé. Ou alors ces interrogations sont suscitées par une incompréhension de l'infirmière devant une ordonnance médicale qui n'a à ses yeux pas lieu d'être ou qui va à l'encontre de ses principes (Zumwald, 2010). L'infirmière peut dès lors se sentir dévalorisée dans son rôle sous l'autorité médicale. D'un point de vue légal un consentement éclairé pourrait

alors être demandé au patient afin de ne pas tomber dans la malfaisance (Zumwald, 2010).

21.4.4 LE RÉSEAU N'ENTEND PAS MES DIFFICULTÉS

Une autre question fréquemment rencontrée à domicile est lorsque l'infirmière, étant aux prises avec des difficultés dans une situation, ne se sent pas soutenue par sa hiérarchie. Cela peut se produire lorsque l'infirmière suspecte fortement de la maltraitance de la part des proches dans une situation, ou lorsque la famille prend énormément de place dans une situation, laissant ainsi l'infirmière dans un flou par rapport à son rôle et sa place. Face à de telles situations, si l'institution ferme les yeux ou n'entend pas ces difficultés, que fait l'infirmière ? Comment protéger le patient ? Le principe de bienfaisance est ici en première ligne, des mesures de protection doivent-elles être prises ? Autant de questions que l'infirmière aura de la peine à répondre seule. A cela peut s'ajouter un sentiment d'être « lâchée » par sa hiérarchie et une perte de confiance qui va compromettre la collaboration future (Zumwald, 2010).

21.4.5 LE RESPECT DE L'ÉQUITÉ

Un autre point, empreint d'éthique et soulevé à domicile est la question de l'équité. Cette question a été mise en avant par Pretto et Mitchell (2004) ainsi que par la FASDS dans ces principes d'action. Nous l'avons vu également précédemment, en lien avec l'identité sociale du patient, lié à la localisation ou le type de son domicile. Les patients à domicile s'attendent à ce qu'on les traite avec respect et équité, mais peuvent avoir de la difficulté à comprendre comment cela s'applique à leur situation, n'ayant aucun point de comparaison (Pretto & Mitchell, 2004). En effet dans un établissement, les soins fournis sont vus, plus ou moins superficiellement, au sein d'une unité de soins. Or « à domicile cette transparence n'existe pas, le patient ne peut donc pas déterminer s'il y a équité ou non » (Pretto & Mitchell, 2004, p.24-25). Il incombe alors à l'infirmière, en toute conscience, de pratiquer des soins équitables.

21.4.6 LE RESPECT DE LA CONFIDENTIALITÉ

Toujours selon Pretto et Mitchell (2004), la confidentialité, bien qu'importante dans tous les milieux de soins, revêt une importance particulière à domicile (p.24), car il

transmet et contient des informations encore plus personnelles et intimes, qui ne sont pas « touchées » lors de séjours en milieu hospitalier⁹.

La discrétion et le respect du secret professionnel étant également un attribut de l'intimité (Hue, 2009, p.19), nous comprenons que le « besoin de confidentialité et de respect de l'intimité est dès lors beaucoup plus important au domicile » (Pretto & Mitchell, 2004, p.24).

21.5 IMPLICATIONS DES QUESTIONS ÉTHIQUES POUR L'INFIRMIÈRE

Ces questionnements nous le voyons sont très larges à domicile. Les limites ne sont pas évidentes à délimiter pour le professionnel entre le respect de l'autonomie, la bienfaisance et la non-malfaisance. L'infirmière, et ses valeurs professionnelles sont fortement questionnées. Une responsabilité éthique lui est également attribuée au travers des notions d'équité et de confidentialité.

Nous retenons ici deux enjeux majeurs pour l'infirmière et l'exercice de son rôle au travers des aspects éthiques. D'une part il est nécessaire qu'elle puisse bénéficier d'un soutien de son équipe et de sa hiérarchie afin de pouvoir éclairer ensemble les situations problématiques. D'autre part, les questions éthiques, également reliées à l'autonomie infirmière à domicile nécessitent une posture et une connaissance claire du rôle infirmier et des limites personnelles de l'infirmière, en lien avec ses propres valeurs.

⁹par exemple sur les relations intrafamiliales ou les habitudes du quotidien qui ne sont pas forcément visibles lors d'un séjour hospitalier.

22 GRILLE DE RECHERCHE DES ARTICLES

Termes de recherche/Banque de données/ Date	Nombre de recherches trouvées	Nombre de recherches retenues	Argumentation pour l'inclusion ou l'exclusion
("Home Care Services"[Mesh]) AND "Nurse's Role"[Mesh] Pubmed 3 juillet 2014	12	0	Les articles traitent du rôle professionnel des infirmières mais ne sont pas en lien avec les aspects relationnels.
((("Home Care Services"[Mesh])) AND ("Nursing"[Mesh] AND (free full text[sb]))) Pubmed 3 juillet 2014	123	2, puis 0	Articles trop spécifiques par rapport à des procédures techniques (dialyses, monitoring), la satisfaction des professionnels à domicile, ou une population où la relation est trop spécifique (personnes démentes, soins palliatifs, nourissons), ou cible la structure socio-sanitaire Articles n'ont pas de résumé ou structure manquante Contexte de homes et non pas de domicile. 2 articles semblaient intéressants, mais exclus après une lecture du résumé car: 1 cible la problématique des proches-aidants, l'autre se passe dans un home
("Nurse-Patient Relations"[Mesh]) AND "Home Care	5	1, puis 0	1 article intéressant mais exclu finalement car il traite des expériences relationnelles des infirmières, mais en situation palliative, ce qui modifie la relation Autres articles pas retenus car ils ciblent également la relation dans des situations palliatives ou

Services"[Mesh] Pubmed 3 juillet 2014			des soins techniques spécifiques.
("Community Health Nursing"[Mesh]) AND "Nurse-Patient Relations"[Mesh] Pubmed 3 juillet 2014	10	1, puis 0	1 article exclu car n'a pas la structure scientifique: pas de résumé, pas de méthode. Autres articles pas retenus car ils traitent soit des soins palliatifs, soit des questions post-natales, d'alcoolisme, de BPCO ou de questions relatives aux systèmes de soins socio-sanitaires.
("Public Health Nursing"[Mesh]) AND "Nurse-Patient Relations"[Mesh] Pubmed Juillet 2014	3	0	2 articles visent des problématiques techniques spécifiques et le dernier des aspects éthiques avec une population spécifique (patients souffrant de tuberculose).
Nursing and communityhealth nursing and relationship Pubmed 3 juillet 2013	234	1, puis 0	Après une lecture plus minutieuse de l'article, le sujet s'éloignait trop de notre question de recherche. L'article est plus axé sur la question sociale. Stoddart KM (2012). Social meanings and understandings in patient-nurse interaction in the community practice setting: a grounded theory study.
Distance and home care and nurse Pubmed	59	2	2 articles correspondent à nos critères de sélection : 1er: Wälivaara BM., Sävenstedt S. & Axelsson K. (2013). Caring relationships in home-based nursing care - registered nurses' experiences. Open

3 juillet 2014			<p>Nursing Journal. Jun 28;7: 89-95</p> <p>2^{ème} : Wälivaara BM., Sävenstedt S. & Axelsson K. (2013).</p> <p>Encounters in home-based nursing care - registered nurses' experiences. Open Nursing Journal. Jun 14;7:73-81.</p>
<p>Public health care and nurse-patient relationship and home</p> <p>Pubmed</p> <p>4 juillet 2014</p>	28	0	<p>Plusieurs articles se situent dans des homes</p> <p>Plusieurs articles traitent de l'effet d'une implémentation de techniques à domicile.</p> <p>Plusieurs articles traitent de la relation, mais avec patients en soins palliatifs.</p> <p>Plusieurs articles pour le suivi post-natal.</p>
<p>Home care service (Word in Subject Heading) AND relationship (all text) AND nursing (all text)</p> <p>Cinhal</p> <p>4 juillet 2014</p>	269	6, puis 0	<p>1 article portugais, manque de rigueur méthodologique et s'éloigne du sujet: éducation, promotion de la santé</p> <p>Plusieurs articles avec population à troubles psychiques, démences, fin de vie</p> <p>1 article manque de structure scientifique (témoignage)</p> <p>1 article intéressant, mais trop ciblé sur partenariat et problème de santé spécifique (hémodialyse)</p> <p>1 article intéressant, mais cible l'influence des conditions de travail à domicile et leur influence sur les soins.</p> <p>1 recherche intéressante, mais méthode expérimentale (intégration d'une théorie de Peplau dans la pratique)</p> <p>1 article se passe plus dans les homes qu'à domicile.</p> <p>1 article intéressant, mais cible plus la satisfaction des infirmières travaillant à domicile</p> <p>Plusieurs articles par retenus car traitent des soins à domicile pour les enfants</p>

Home care service AND relationship in abstract Cinhal 4 juillet 2014	66	0	Plusieurs articles ciblent des populations différentes : proches-aidants, familles ou enfants. Recherches trop ciblées sur soins techniques.
Home care nursing AND relationship in abstract Cinhal	97	4, puis 2	2 articles correspondent à nos critères de recherché: 1 ^{er} : Holmberg M.,Valmari G. & Lundgren S. M. (2012). Patients experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination. 2 ^{ème} : Mc Garry J. (2008). Defining roles, relationships, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study 1 article brésilien intéressant mais sur proches-aidants et dans des homes 1 article intéressant: <i>Workplace variables and their relationship to quality client outcomes in home health</i> . Finalement pas retenu car trop centré sur la satisfaction. Beaucoup d'articles exclus car dans un contexte de homes
Home care nursing AND experience in word in subject heading Cinhal 4 juillet 2014	54	3, puis 1	1 article inclu: Corbett S. & Williams F. (2014). Striking a professional balance : interactions between nurses and their older rural patients 1 article exclu car il traite des expériences relationnelles des infirmières, mais dans un contexte de home. <i>Registered nurses' perceptions of their professional work in nursing homes and home-based care: A focus group study</i> . 1 article intéressant, mais également exclu car cible l'expérience de la famille dans la relation avec les soignants.

Community health nursing AND nurse-patient relationship in word in abstract Cinhal, 4 juillet 2014	3	0	1 article déjà retenu : <i>Defining roles, relationships, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study</i> 2 autres articles ne correspondent pas aux critères: 1 population avec problème psychiatrique, et l'autre article cible la stratégie communautaire.
Public health nursing and relationship in abstract Cinhal 4 juillet 2014	51	4, puis 0	1 article semble intéressant : <i>The development of nurse-client relationships in public health nursing: A naturalistic test of Peplau's theory</i> . Mais n'est finalement pas retenu, car sa méthode est expérimentale. Les 3 autres articles ne correspondent pas au but de notre travail sur la relation dans les SAD : un article traite du développement des SAD en milieu rural, un autre cible l'empowerment des infirmières à domicile et le troisième cible la diminution des risques à domicile.
Home care services and nurses role and relationship Medline Ovidsp 6 juillet 2014	19	2, puis 0	1 article très intéressant : Schout T. Proot I. Legius M. ter Meulen R. de Witte L. (2006) Client-centered home care: balancing between competing responsibilities. Après une lecture plus approfondie de l'article et un début d'analyse, nous ne le retenons finalement pas car nous l'estimons trop centré sur les soins individualisés et pas assez sur l'expérience relationnelle à domicile. L'autre article avait déjà été exclu: <i>Workplace variables and their relationship to quality client outcomes in home health</i> . Trop centré sur la satisfaction. Les autres articles ciblent les soins palliatifs, les enfants, ou les fonctions des soins à domicile.
Home care services and nurse patient relationship Medline Ovidsp	7	1, puis 0	1 article intéressant : <i>Nurse-patient interaction and decision-making in care: patient involvement in community nursing</i> . Après lecture du résumé et de la conclusion nous voyons qu'il est trop centré sur la participation du patient. 2 articles exclus car ciblent l'éthique, l'autre les aspects culturels des SAD.

6 juillet 2014			<p>1 cible le stress des infirmières</p> <p>2 études ont des populations trop ciblées : les patients en fin de vie ou les personnes âgées de manière générale.</p>
<p>Community health nursing and nurse-patient relationship</p> <p>Medline Ovidsp</p> <p>6 juillet 2014</p>	10	1, puis 0	<p>1 article retenu :</p> <p><i>Relationships between nurses and older people within the home: exploring the boundaries of care.</i> Il correspond à notre sujet et à nos critères, mais a été écrit par Mc Garry, dont nous avons déjà retenu 1 article. Celui-ci ne nous semble pas plus intéressant donc nous gardons le précédent qui rejoint pleinement notre question de recherche.</p> <p>3 autres articles avaient précédemment été ressortis et déjà exclus.</p>
<p>Public health nursing and relationship</p> <p>Medline Ovidsp</p> <p>6 juillet 2014</p>	127	3, puis 0	<p><i>Welcome intrusions: an interpretive phenomenological study of TB nurses' relational work.</i> Cet article n'est pas retenu car la population souffre de tuberculose, trop ciblée.</p> <p><i>Communication--a core concept in client supervision by public health nurses.</i> Cet article n'est pas retenu car trop centré sur la communication.</p> <p><i>Community health workers and professional nurses: defining the roles and understanding the relationships.</i> Article semble intéressant, mais après une lecture horizontale, nous voyons qu'il est trop centré sur le fonctionnement des soins communautaires et non les expériences relationnelles.</p>
<p>Home care services and nurse-patient relationship</p> <p>Medline Proquest</p> <p>7 juillet 2014</p>	62	2, puis 1	<p>1 article retenu et inclu:</p> <p>Turpin L.J., Mc William C. L., and Ward-Griffin C., 2012</p> <p>The meaning of a positive client-nurse relationship for senior home care clients with chronic disease.</p> <p>1 article retenu avec un début d'analyse : <i>The interpersonal contexts of negotiating care in home care nurse-patient interactions.</i> Nous l'excluons finalement car trop centré sur la négociation.</p> <p>Plusieurs autres études intéressantes mais ne correspondant pas directement au thème (cf</p>

			critères d'inclusion et exclusion), se situant dans un contexte de home ou avec des personnes en fin de vie.
Home care services and nurse's position MedlineProquest 7 juillet 2014	16	1	1 article retenu et inclu : Öresland S., MäättäS., Norberg A. and Lützén K. (2009). Patients as 'safeguard' and nurses as 'substitute' in home health care. Les autres articles sont exclus car ne correspondent pas à nos critères.
Community health nursing and nurse-patient relationships Medline Proquest 11 juillet 2014	193	5, puis 0	Plusieurs articles sont exclus car leur population ne correspondent pas à nos critères : (pathologie psychiatrique).
Public health nursing and nurses role and nurse-patient relationship Medline Proquest 11 juillet 2014	62	2, 0	Plusieurs articles ont déjà été précédemment éliminés. Articles exclus car leur population est trop spécifique : mère-enfants, psychiatrie.
home care services and nurse-patient	6	2, puis 1	1 article retenu et inclu: Öresland S., Määttä S., Norberg A., Winther J. & Lützen K. (2008)

relation and position Proquest			Nurses as guests or professionals in home health care. 1 article exclu car trop centré sur la participation des clients (déjà exclu)
soins infirmiers à domicile et relation à domicile Google scholar, en français Mars 2014	1450	1, trouvé dans les premières pages	1 article retenu et inclu: Crevier M., Couturier Y. et Morin P. (2010) L'émergence de la proximité relationnelle à la faveur de l'intervention à domicile: ouvertures et tensions dans la relation clinique
community health nursing and home care nursing and relation and place Google, web entier, 2004-2014, Mars 2014	18800	1, trouvé dans les premières pages	1 article retenu et inclu : Giesbrehta M. D, Crooksa V. A and Stajduharb K. I, (2014) Examining the language-place-healthcare intersection in the context of Canadian homecare nursing.

N.B : Les deux derniers articles inclus, trouvés sur Google et Google Scholar avait été trouvés lors de recherches aléatoires, précédant notre recherche méthodologique. Conscients que cette recherche manquait de rigueur, nous avons cependant décidé de les inclure à notre travail car leurs résultats et leurs thématiques correspond pleinement à notre question de recherche.

23 GRILLES E1

Encounters in Home-Based Nursing Care - Registered Nurses' Experiences

Wälivaara B.-M., Sävenstedt S. & Axelsson K. @ University of Luleå, Sweden
The Open Nursing Journal, 2013, 7, 73-81

23.1 GRILLES D'ANALYSE CRITIQUE

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair *	Analyse objective (méthodologique et scientifique)	Analyse subjective
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X		X	Très synthétique, il cible néanmoins la problématique. Le PICo est respecté. Population = les infirmières enregistrées. Phénomène étudié : la rencontre entre les patients et les infirmières dans le contexte des soins à domicile.	Court mais suffisant. Le titre précise aussi qu'il s'agit de l'expérience des infirmières qui est mis en lumière, ce qui est important pour moi.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			L'introduction et la méthode sont bien développées. L'importance de la rencontre en face-à-face et non pas à distance est mise en évidence. Les principaux résultats sont ressortis.	Bonne introduction avec mise en évidence de l'importance de la rencontre dans les soins infirmiers
Introduction Enoncé du	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			La rencontre est indispensable pour que l'infirmière évalue les besoins des patients à domicile. Ce secteur de soins utilise de plus en plus les technologies à distance, mais la rencontre a été identifiée comme meilleure si elle est réalisée en face-à-face, il est donc important de mieux	Problème énoncé clairement, les auteurs vont droit à l'essentiel ce qui est bien.

problème					comprendre l'importance et les enjeux de cette rencontre.	
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			<p>Développement autour de la rencontre, primordiale dans les soins infirmiers : là où se crée l'art des soins infirmiers, être sur la même longueur d'ondes (pas de dominant ni dominé), l'un est toutefois « nu », peut entraîner peur et vulnérabilité</p> <p>Les rencontres malveillantes (attitudes neutres, humiliantes, dépersonnalisantes) sont néfastes alors que des rencontres bienveillantes augmentent le confort, le bien-être et la dignité du patient.</p> <p>Bonne rencontre crée sentiment de confiance et de soutien.</p> <p>Des dilemmes éthiques apparaissent : lors du choix des patients qu'elles vont visiter, ou dans les limites des informations qu'elles peuvent donner.</p> <p>Une bonne rencontre peut créer du sens et augmenter l'identité des deux parties et le rôle professionnel de l'infirmière.</p>	<p>Points très intéressants :</p> <p>La bonne rencontre est un bon équilibre entre être personnel et être professionnel → lien avec article guest or professionnel</p> <p>Rencontre entre deux être humains.</p> <p>L'infirmière fait face au patient avec elle-même et sa profession est plus derrière. Cela encourage les infirmières au savoir être et au savoir faire en même temps.</p> <p>Mise en évidence des concepts autour de la relation et des bases des soins infirmiers → liens avec théorie de MF Collière.</p> <p>Bonne rencontre = augmentation du sentiment d'identité + rôle professionnel</p> <p>Liens avec dilemmes éthiques.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	<p>Le concept de la rencontre est bien décrit et inscrit dans le cadre des soins infirmiers, elle fait partie des compétences interpersonnelles des infirmières. Ce concept de rencontre est lié à d'autres concepts des soins infirmiers : la relation, la communication et l'interaction, mais la rencontre reste le point de départ.</p> <p>La théorie des rencontres de Halldorsdottir est un autre cadre conceptuel utilisé. Il met en lumière les effets positifs et négatifs de la rencontre selon cinq modes d'interactions : le mode destructeur, restreignant, neutre, soutenant et générateur de vie.</p> <p>Le domicile signifie ici la maison du patient, y compris les appartements protégés et les homes.</p>	<p>Les concepts ne sont pas ressortis très clairement, nous y voyons toutefois la rencontre et la théorie des rencontres.</p> <p>La base philosophique, la tradition et l'orientation idéologique ne ressortent pas non plus. On peut toutefois sentir une volonté de faire connaître l'utilité des soins « bienveillants » dans la rencontre afin d'augmenter l'efficacité et la qualité des soins.</p> <p>Important pour les infirmières de connaître le concept la théorie des rencontres qui permet de connaître les différents modes d'interactions et</p>

					La rencontre est une rencontre professionnelle entre une infirmière et un patient au domicile du patient, que ce soit face-à-face ou avec la technologie.	leurs effets, lesquels sont le plus porteurs, lesquels sont néfastes. Bien de définir clairement les concepts rencontre et domicile.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ? Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?		X		Aucune question n'est formulée clairement. Nous pourrions supposer, après la lecture de l'état des connaissances les questions suivantes : <ul style="list-style-type: none">- quels sont les éléments importants dans la rencontre infirmière/patient à domicile ?- quelles différences y a-t-il dans les rencontres à distances et les rencontres face-à-face ?	Domage qu'il n'y ait pas de questions explicites. L'état des connaissances est cependant bien étoffé avec de nombreuses autres études. Les concepts sont bien explicités et les cadres conceptuels pertinents permettent de voir les questions implicites des auteurs.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Les auteurs mentionnent une méthode d'approche qualitative, avec études d'interviews. Cette approche correspond à la volonté des auteurs qui est d'explorer l'expérience des infirmières dans les rencontres à domicile. Le temps utilisé sur le terrain est en adéquation avec le devis de recherche.	Le type de devis pourrait être plus précisé, il semble s'agir ici d'une analyse de discours.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			n=24 infirmières : 13 infirmières enregistrées (RN) et 11 infirmières de district (DN). Les RN sont responsables des patients, font plus de visites mais sur de moins longues distances. Les chercheurs sont passés par les managers (8) des centres de santé de quatre territoires et ont demandé des	Population et contexte très bien décrits. Tableau permet de voir clairement les différences entre RN et DN.

					<p>infirmières ayant un minimum d'un an d'expérience. Toutes ont de l'expérience dans les rencontres, y compris avec les technologies (téléphones, webcams, videoconférences).</p> <p>Contexte : nord de la Suède, 1 zone dans la ville et 3 zones plus éloignées.</p> <p>Politique en Suède : le plus de soins doivent être faits dans les centres, visites à domicile gratuites, mais seulement si raisons valables.</p> <p>Les SAD sont donnés dans les maisons des patients, des appartements protégés ou des homes.</p>	<p>Politique un peu différente du contexte suisse, ici pas de centre de SAD et peu de télécommunications</p> <p>Quasi que des rencontres face-à-face en suisse.</p>
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Pas mentionné	Mentionné dans aucun article !!!
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Interviews individuels ouverts, avec cinq domaines guidant et stimulant les participants : les situations où la rencontre a été cruciale, qu'est-ce qu'il se passait durant les visites à domicile, la rencontre face-à-face, la rencontre à distance, et pour terminer <i>trois mots</i> sont cités par les infirmières pour décrire une bonne rencontre.	<p>Bien d'avoir les questions utilisées et les thèmes qui guidaient les interviews → cela augmente preuve de rigueur et fiabilité.</p> <p>Le tableau qui récapitule les thèmes est aussi un bon point : facilite la lecture.</p>
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Les auteurs veulent explorer un phénomène, une expérience, l'analyse d'interviews est bien la meilleure approche.	Tout le temps la même chose dans article qualitatif
Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées</p>	X			<p>Les questions et les thèmes guidant les interviews sont clairement mentionnés.</p> <p>La méthode de traitement des données est également bien décrite.</p>	<p>Procédure très bien décrite.</p> <p>Aspects éthiques totalement respectés, avec les participantes et ont reçu accord d'un comité</p>

	afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				Des informations orales et écrites ont été données aux participantes, toutes volontaires, avec la possibilité de se rétracter à tout moment, et en assurant leur anonymat. L'étude a été approuvée par le comité éthique régional de Umeå, Suède.	externe.
Rigueur	Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Rigueur et fiabilité présentes dans la méthode : programme informatique d'analyse, les trois auteurs participent aux vérifications régulières par rapport aux premières données. Base de données bien étoffée : n=24, avec des infirmières ayant toutes de l'expérience, ce qui augmente la fiabilité et la crédibilité des résultats. La fiabilité est aussi augmentée par le fait que les trois auteurs ont pris part à l'analyse et à la rédaction de l'article. Le contexte et la population sont très bien décrits, ce qui permet au lecteur de se rendre compte de la transférabilité des résultats à un autre contexte.	Les chercheurs sont rigoureux et précis dans la description de leur méthode, ce qui augmente leur crédibilité. La population est relativement élevée pour une analyse de discours, par rapport à d'autres études. L'expérience des infirmières + le nombre élevé augmentent la crédibilité et transférabilité des résultats.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Plusieurs lectures afin de ressortir la vision d'ensemble. Au départ séparation des textes des RN et des DN puis, voyant qu'ils se rejoignent les auteurs les regroupent. Deux thèmes principaux émergent : la rencontre et la relation. La relation est analysée dans un autre article. Méthode d'analyse du contenu inspirée de Berg. Programme NVivo 9 pour vérifier les thèmes. Les trois auteurs participent à l'analyse et retour à chaque étape aux données de départ.	Séparation relation et rencontre, relation développée dans autre article → cf Caring relationship... Méthode bien décrite, claire. Programme NVivo 9 aussi dans d'autres articles.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires,	X			Résultats clairs, bien séparés par thèmes et sous thèmes, avec tableaux récapitulatifs. 1. Trois mots les plus revenus pour décrire la bonne	Les tableaux sont très bien, ils permettent d'avoir une vision rapide des résultats obtenus.

	tableaux, graphiques, etc.) ?			<p>rencontre : sécurité, présence, temps, respect et vision.</p> <p>2. Règles spéciales à suivre</p> <p>Les infirmières jonglent entre <i>être personnel</i> et <i>être professionnel</i>. Elles sont obligées de suivre les règles sociales et de s'impliquer personnellement.</p> <p>3. Besoins d'être en action</p> <p>Les actes, tels que l'évaluation, le soutien et le plan de soin sont importants lors des visites (les principaux sont regroupés dans le tableau 4). Si les infirmières font des visites « uniques » chez un patient, se focalise plus sur les actes et moins sur la relation, ce qui soulève des questions éthiques. Trop d'actes à faire empêche aussi une bonne vision globale du patient.</p> <p>Les infirmières « inventent » aussi parfois des actes afin de légitimer des visites plus de supervision.</p> <p>4. Fournir des informations pertinentes</p> <p>La rencontre face-à-face permet d'avoir une vision globale de l'ensemble de la situation et permet de fournir les informations utiles au patient, nécessaires pour leur totale compréhension. Elle nécessite respect de la personne dans sa dignité afin de permettre des échanges libres.</p> <p>5. Plus facile en connaissant les personnes</p> <p>La rencontre est plus facile lorsque les infirmières connaissent les patients, même si les conditions du jour influencent.</p> <p>6. Apporter de l'énergie et soulager l'anxiété</p> <p><i>Être présent</i> devient dominant dans la rencontre où les deux interlocuteurs peuvent s'influencer mutuellement positivement. Ce sentiment de présence soulage l'anxiété et apporte du soutien et du réconfort au patient.</p>	<p>Les aspects <i>être personnel et être professionnel</i> déjà vu dans autres articles.</p> <p>Rencontre de personne à personne.</p> <p>Evaluation vue comme un acte important → cf problématique, compétence spécifique.</p> <p>Question éthique lorsque l'accent est mis sur les actes et non sur la relation avec le patient.</p> <p>Les infirmières trouvent des excuses pour légitimer certaines visites.</p>
--	-------------------------------	--	--	---	---

					7. L'esprit de communauté Développement parfois d'une relation plus profonde et fraternelle, surtout lorsque les infirmières sont focalisées sur le <i>être présent</i> lors des rencontres. Le sentiment de réciprocité est important autant pour les patients que pour les infirmières.	<p>Evaluation + communication très importantes (lien compétences spécifiques à domicile).</p> <p>Rencontre avec la famille tout aussi importante qu'avec le patient.</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Oui les résultats sont bien mis en lien avec les cadres conceptuels et les études antérieures.	Bons liens, surtout avec la théorie des modes.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Les auteurs parlent de la transférabilité des résultats en mettant en avant la richesse des données et le fait qu'ils rejoignent des études précédentes.	Les auteurs rédigent un chapitre dédié aux considérations méthodologiques → bien réfléchi à la question.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			X	Ils parlent des limites de l'approche qualitative et de la transférabilité liée au contexte, mais ne spécifient pas clairement les limites de l'étude.	Pas de limites clairement mentionnées.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Ils parlent de la nécessité pour les infirmières travaillant à domicile d'apprendre à bien utiliser les technologies à distance ainsi que de la nécessité pour elles de connaître de connaître les bons modes d'interactions. Ils mentionnent également leurs besoins « d'entraînement » à la rencontre qui est connu qu'en théorie. Ils évoquent aussi l'idée de se pencher sur la perspective	Mise en évidence de plusieurs pistes d'actions, cependant un peu parsemées dans toute l'étude.

					des patients et de leur famille par rapport à la rencontre à domicile.	
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Dans l'ensemble bien écrit et bien structuré. Les auteurs se répètent un peu parfois dans les résultats et/ou reviennent sur des choses déjà mentionnées. Une analyse minutieuse est tout à fait possible.	Bien malgré certaines répétitions. Les auteurs développent certains aspects intéressants dans la problématique qui ne sont toutefois pas repris dans la discussion, laquelle est très axée sur la théorie des modes, dommage.
Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Oui les résultats sont probants, les auteurs ont fait preuve de rigueur. Les implications pour la pratique sont clairement relevées (cf perspectives ci-dessus).	
Limites de l'article	Même population que l'article <i>Caring Relationships in Home-Based Nursing Care - Registered Nurses' Experiences</i> , des mêmes auteurs. Pas de saturation des données					

*Peu Clair = information incomplète. Explication : Dans le cadre d'une revue de littérature systématique, si l'information fournie dans l'article de recherche par leurs auteurs est incomplète / peu claire, les reviewers (chercheurs qui effectuent la revue de littérature) prennent contact avec les auteurs de la recherche en vue de clarifier les points manquants.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

23.2 GRILLE TRADUCTION-RÉSUMÉ

Encounters in Home-Based Nursing Care - Registered Nurses' Experiences
Wälivaara B.-M., Sävenstedt S. & Axelsson K. @ University of Luleå, Sweden
The Open Nursing Journal, 2013, 7, 73-81

Enoncé du problème	<p>Les soins à domicile sont un secteur en plein essor et leur développement est un challenge pour les soignants et les patients. La rencontre entre les patients et les infirmières est indispensable afin que celle-ci puisse évaluer les besoins du patient. La rencontre traditionnelle se fait face-à-face. Cependant elle se fait aussi dans les centres communautaires et aussi de plus en plus par les technologies à distance. Néanmoins les patients et les généralistes ont exprimé leurs préférences pour la rencontre face-à-face, ce qui explique la nécessité de mieux comprendre l'importance de cette rencontre.</p>
<p>Recension des écrits et cadre conceptuel</p> <p>La rencontre en soins infirmiers</p> <p>La théorie des rencontres bienveillantes vs malveillantes</p> <p>Confiance, éthique, identité, rôle prof</p> <p>Description de la</p>	<p>La discipline infirmière est définie par plusieurs caractéristiques, et l'intégration de celles-ci forment la perspective des infirmières. Un point de vue est de considérer la science infirmière comme une science humaine avec une orientation dans sa pratique, une tradition des soins et une orientation des soins. une enquête sur <i>les soins infirmiers comme un art</i> montre la rencontre comme un élément fondamental et que c'est dans cette rencontre que le travail « artistique » se crée. La rencontre est décrite comme étant sur la même longueur d'onde mais commandée ni par l'un ni par l'autre. La rencontre se caractérise par la solidarité et la proximité où l'un est nu et complètement ouvert à ce qu'il se passe. La rencontre signifie aussi entrer par soi-même et elle peut entraîner de la peur et la vulnérabilité. La première rencontre infirmière-patient ne doit pas être considérée comme une intervention unique, mais comme le début de la relation professionnelle.</p> <p>Une théorie des rencontres bienveillantes et malveillantes a été développée par Halldorsdottir. Elle propose cinq façons d'être avec l'autre : Les modes « destructeurs » sont lorsque le soignant dépersonnalise le bénéficiaire des soins et augmente sa vulnérabilité par des approches humiliantes. Le mode « restreignant » est lorsque le soignant est vu comme insensible ou indifférent à l'égard du patient. Le mode « neutre » où le soignant n'influence ni positivement ni négativement. Le mode « soutenant » lorsque le soignant reconnaît la personnalité du patient, l'encourage et le rassure de manière positive mais n'augmente pas la guérison. Le mode « générateur de vie » lorsque le soignant connecte le patient dans la voie de la guérison, qu'il soulage sa vulnérabilité et renforce son bien-être sa santé et ses connaissances. Cette théorie pourrait servir à préserver la dignité des personnes vulnérables. Les infirmières, ayant connaissance de la souffrance des personnes avant une rencontre pourrait sensibiliser les infirmières à cet aspect de dignité humaine et de ce fait augmenter ce sentiment lors de la rencontre. Les rencontres malveillantes sont marquantes et non aidantes pour les patients.</p> <p>Les rencontres avec les infirmières en soins palliatifs ont été décrites comme une contribution à leur sentiment de sécurité, de confort et de bien-être. La rencontre semble alors être une opportunité pour promouvoir la dignité et le bien-être du patient. La rencontre dans les SAD dans un contexte multiculturel a été décrite comme essentielle pour la création de la confiance et du soutien. Des dilemmes éthiques ont été décrits avec les rencontres par téléphone, lorsque les infirmières doivent choisir qui elles ne pourront pas voir. Les infirmières éprouvent aussi des difficultés lorsqu'elles ne peuvent pas voir les réactions de visu. Un autre dilemme est que les infirmières doivent équilibrer les besoins d'informations des patients avec leurs responsabilités professionnelles. Une étude montre que les infirmières ont une bonne connaissance théorique de la bonne rencontre mais qu'elles ont besoin de plus d'entraînement pour développer leurs rencontres avec les personnes et leur rôle professionnel à domicile. Une autre étude montre que les rencontres entre les infirmières et les personnes atteintes de démence sévère peuvent créer du sens pour les deux parties quand la rencontre confirme les identités de l'infirmière et du patient et le rôle professionnel de l'infirmière. La rencontre a plus souvent été étudiée en termes techniques ou avec un mélange de professionnels. Un aspect important des interactions patients-infirmières est leurs compétences interpersonnelles. Un aspect de cette compétence est la connaissance de la rencontre personne-infirmière, qui est nécessaire afin de répondre aux besoins du patient.</p>

rencontre	<p>Des auteurs ont déclaré que la description de la rencontre est ambiguë et que la rencontre est souvent considérée en lien avec la confirmation. Ils soutiennent que même si la rencontre est un acte de confirmation il y a encore quelque chose de plus. Selon un autre auteur, le terme rencontre peut être relatif à une réunion, un rendez-vous ou une relation, mais diffère car la rencontre signifie souvent un contact souvent plus personnel entre les gens qui rentrent en contact et se touchent l'un l'autre. La littérature montre plusieurs études sur la rencontre dans les soins infirmiers, mais peu dans un contexte du domicile. Plusieurs concepts y sont souvent associés à la rencontre : la relation, l'interaction et la communication. Ils sont fondamentaux dans la compréhension des soins infirmiers, sont proches et se chevauchent. La rencontre est toujours le début de ce processus. Dans les SAD, la rencontre a lieu face-à-face ou à distance. Grâce au développement des nouvelles technologies, le nombre de façon dont les rencontres peuvent avoir lieu augmentent constamment. La rencontre est une dimension importante dans les soins de santé à domicile et dans le but de promouvoir des soins infirmiers qui soutiennent la dignité, la santé et le bien-être, il est nécessaire de mieux la connaître. Une façon d'y parvenir est de s'appuyer sur les expériences des infirmières qui travaillent quotidiennement à domicile.</p> <p>L'objectif de l'étude est d'explorer la rencontre dans les SAD, basé sur les expériences des infirmières.</p>
Devis de recherche	Recherche d'approche qualitative avec une méthode d'études d'interviews.
Population et contexte	<p>Population : n= 24 : 13 infirmières enregistrées (RN) et 11 infirmières de district (DN) DN= ne peuvent pas déléguer ou superviser. RN= peuvent avoir des infirmières à qui elles délèguent des tâches, n'ont pas besoin d'ordonnance pour effectuer une visite. Un tableau met en évidence les différences, entre les RN et les DN des distances parcourues, du nombre de visites par semaine et des nombres de patients responsables pour les RN. Toutes les infirmières ont de l'expérience dans les soins à domicile. Elles utilisent également beaucoup la technologie (téléphone, web-cam, vidéoconférence)</p> <p>Contexte : Service de soins à domicile de 4 zones de la ville et de 3 zones plus éloignées, nord de la Suède.</p>
Collecte et analyse des données	<p>Interviews retranscrites par écrit. Au départ, séparation des textes des RN et des DN. Plusieurs relectures afin d'obtenir une vue d'ensemble. Durant celles-ci, les chercheurs voient clairement que la rencontre est décrite de la même manière par les RN et par les DN, les chercheurs les mettent alors tous ensemble. Deux thèmes principaux sont ressortis : la rencontre et la relation. La décision a alors été prise de les analyser séparément. La relation a été analysée dans une autre recherche (Caring relationship)</p> <p>Utilisation de la méthode d'analyse de contenu inspirée de Berg. Plusieurs lectures, puis division en unités de sens, lesquelles sont ensuite condensées. Les unités condensées sont ensuite triées en fonction de leurs similitudes et leurs différences dans leur contenu. Triage en plusieurs étapes durant l'analyse. A chaque étape de l'analyse, les données sont stockées dans Nvivo9, ce qui fournit une piste de vérification (rigueur).</p> <p>A chaque étape repris des premières données afin de vérifier que les thèmes restent en lien. Tous les auteurs ont participé au processus d'analyse (fiabilité). Les trois mots en suédois ont été regroupés et traduits plus tard par une personne de langue maternelle anglaise. Les mots avec la même signification ont été regroupés sous un seul. Les mots revenus plus d'une fois ont été mis dans un programme <i>Wordle</i> afin de mieux les visualiser → cf figure 1, où l'on les mots les plus fréquents sont le plus mis en évidence.</p>

Résultats	
1. Mots décrivant la rencontre	Les mots étaient congruents avec le thème de l'interview. Les plus communs ont été: sécurité, présence, temps, respect et vision (de la personne).
2. Thèmes des décrits par les infirmières dans la rencontre (6 thèmes ressortis)	<p>2.1. Règles spéciales à suivre</p> <p>Pour les infirmières il est évident qu'elles doivent se comporter à domicile comme des invités et suivre les règles sociales. Elles entrent en tant que personne et en tant que professionnelle et doivent trouver le bon équilibre entre les deux.</p> <p>Les règles sociales comprennent : attendre l'invitation, saluer, enlever manteau et chaussures, établir le contact par une conversation de tous les jours. Prendre le temps et ne pas se précipiter est aussi essentiel. Les aspects sociaux sont utiles pour l'infirmière autant que pour le patient. Permet à l'infirmière de commencer son évaluation. Le challenge de l'équilibre entre l'être social et professionnel est une balance entre être privé et être proche, respecter l'intégrité et l'aspect privé. La rencontre signifie aussi d'atteindre un niveau de personne à personne où la personne peut se sentir aimée et acceptée sans être dans l'intimité. Cela veut aussi dire de pouvoir partager des choses personnelles.</p> <p>2.2 Besoins de faire, d'être en action</p> <p>Les actions sont primordiales durant la rencontre à domicile. Les actions dans la rencontre comprennent : évaluer l'état de santé, soutenir le patient dans sa vie quotidienne, créer des plans de soins, faire un suivi, évaluer l'environnement, faire ce que le patient demande, effectuer les prescriptions, les injections, mesurer la pression. (→ actions regroupées dans tableau 4). Les infirmières sont en principe seules et doivent parfois faire des tâches qu'elles n'avaient jamais faites. Lors de visites isolées, l'accent est souvent mis sur le faire et la rencontre est plus distante, l'intention de construire une relation n'est pas prioritaire. Cela change lorsque l'infirmière sait qu'elle va rencontrer régulièrement le patient. La question de savoir si elles doivent se focaliser sur la construction de la relation est une question éthique, en particulier lorsqu'elles travaillent comme remplaçantes. La rencontre face-à-face inclut une première évaluation de ce qui devrait être fait et cette évaluation change souvent durant la conversation. Il semble qu'il y ait un risque qu'à trop faire lors de la rencontre le patient ne soit pas bien vu. Les visites de supervision ne sont faites qu'à la demande des infirmières et ne sont pas encouragées par les employeurs. Les infirmières inventent dans ces cas souvent une excuse pour légitimer la visite (mesure de la pression). La rencontre par la technologie peut alors être une alternative, mais elle a aussi ses limites. Une évaluation par téléphone est un challenge, surtout lorsque le patient a des difficultés à expliquer et préciser le problème. Il est plus facile et plus sûr de prendre des décisions à distance lorsque la personne est connue. Prendre des décisions à distance requiert des compétences qui s'apprennent avec le temps et certaines décisions doivent être revues.</p> <p>2.3. Fournir informations uniques et compréhensions</p> <p>Les infirmières ont l'expérience que les rencontres face-à-face permettent de fournir les informations uniques et la compréhension nécessaires aux bons soins d'une personne. La rencontre face-à-face est nécessaire pour avoir une vision globale de la personne et de sa situation à la maison. En comparaison, la rencontre à distance fournit moins d'informations et de compréhension globale. Beaucoup d'informations importantes, nécessaires à l'évaluation, sont obtenues par le fait d'être avec la personne et cela est difficile de le faire sans une visite à domicile. Par exemple des informations sur l'humeur, l'ambiance dans la famille. La confiance est essentielle pour bâtir une relation et un pré-requis est le respect afin de</p>

permettre des échanges libres. Les besoins sont identifiés par la conversation, l'observation et l'évaluation. L'écoute, le parler, le langage corporel des infirmières et leur contact physique jouent un rôle important dans le soutien à la personne. Les infirmières transmettent aussi bien leur stress qu'elles peuvent rassurer par leur présence. Une compréhension unique a parfois été atteinte lorsque la rencontre était bonne, ce qui veut dire que les deux personnes soient au même niveau, que les infirmières respectent la dignité des patients malgré les différences sociales, la toxicomanie ou l'orientation sexuelle. La rencontre face-à-face permet de comprendre la personnalité et le fond de la personne en prenant part à l'histoire de vie de la personne et non pas seulement la maladie présente. Pour comprendre l'ensemble, il est nécessaire d'oser être proche de la personne. Visite nécessaire pour avoir cette vue d'ensemble. La rencontre à domicile inclut aussi les contacts avec les proches et la famille. Une communication avec les proches permet aussi de mieux comprendre et identifier les besoins des patients. La famille est une rencontre au même titre que le patient lui-même. Il est courant de boire un café, manger ensemble, avoir une petite conversation et des contacts physiques peuvent fournir une compréhension particulière. Lors des rencontres à distance il y a moins d'informations obtenues (par téléphone) et cela requiert une compétence particulière et une connaissance préalable de la personne pour compenser. La vidéoconférence donnent plus d'informations, mais que la vision globale reste difficile car il manque les informations subtiles telles que le toucher et l'atmosphère, et le sentiment de maîtrise disparaît. Les rencontres à distance sont positives lorsqu'elles sont de bonne qualité, mais diminuent le sentiment de sécurité lorsqu'elles sont de mauvaise qualité. Dans les situations où les patients sont très éloignés, la technologie est vue comme très utile car elle permet d'augmenter le nombre de rencontres. Les infirmières trouvent plus d'avantages avec cette technologie pour communiquer avec leurs collègues que pour soutenir les patients.

2.4. Plus facile en connaissant les personnes

Les infirmières créent en général une bonne rencontre bien qu'il n'y ait pas de recette simple. Beaucoup de choses influencent le résultat de cette rencontre: la connexion avec les gens, la situation à ce moment-là et les conditions du jour. En dépit de ces variables, le point commun facilitateur est la connaissance des patients. Lorsqu'elles ne connaissent pas la personne, l'on peut voir une attitude « d'attente pour voir », car connaître une personne signifie savoir comment l'approcher. Connaître la personne est particulièrement important lors des rencontres à distance. Une infirmière inconnue à ce moment-là peut effrayer le patient et la dé-sécuriser dans sa santé. Les relations se développent lorsque les infirmières montrent un engagement et donnent un sentiment de compassion pour la personne. La façon dont la rencontre se développe a un impact sur le devenir de la relation, si elle va être superficielle ou stimulante. L'ultime rencontre a lieu en face-à-face à domicile et donne la possibilité de développer de bonnes relations. Les infirmières n'ont jamais atteints un niveau personnel dans leurs rencontres qui auraient pu nuire à leur santé. Il semble toutefois que les infirmières doivent se battre pour avoir des bonnes rencontres. Malheureusement les rencontres sur un plan plus personnels ne sont pas promues ou récompensés par la direction des SAD. Selon les infirmières cela devrait être inscrit dans la description du poste de travail.

2.5. Apporter de l'énergie et soulager l'anxiété

Le sentiment d'être avec une personne devient dominant dans la rencontre, qui touche le soignant et le patient et peut influencer l'ambiance et l'humeur des deux protagonistes. Par exemple l'humeur négative de l'infirmière pouvait devenir positive au cours de la rencontre. La rencontre apporte de la joie et de l'énergie en dépit des difficultés parfois partagées. Ce sentiment d'une présence peut soulager l'anxiété, apporter du soutien et du réconfort aux patients. La volonté des infirmières de rencontrer les proches-aidants est considérée par les patients comme si elles les apprécient en tant que personnes, en particulier lorsque les infirmières font des longues distances pour les voir. Au cours des rencontres à distance, le sentiment d'être présent est plus rarement obtenu. L'énergie de l'interaction est difficilement détectable par webcam. Lorsque ce type de rencontre n'est pas familier, elle est souvent axée sur des questions techniques et les apparences, ce qui peut créer des tensions entre les

	<p>infirmières et les patients. Seulement une partie du langage corporel peut être lu.</p> <p>2.6. Peut atteindre un esprit communautaire</p> <p>La rencontre face à face peut parfois se développer dans une réciprocité et une fraternité plus profonde. Ce sentiment de communauté s’atteint aussi bien dans le silence que dans la conversation. Un accent sur <i>l’être présent</i> lors de la rencontre accroît les chances de donner ce sentiment d’appartenance. L’expérience professionnelle des infirmières augmentent leur courage de se focaliser sur <i>l’être présent</i>. De nombreuses rencontres à distance réduisent ce sentiment d’appartenance à la communauté. Les silences durant les rencontres permettent aussi de penser et de formuler des questions utiles à une meilleure compréhension dans cet esprit de communauté. Le sentiment de communauté s’atteint aussi lors de conversations sérieuses ou par des intérêts communs. La réciprocité et la communion profonde sont importantes autant pour les infirmières que pour les patients. Partager un esprit communautaire signifie promouvoir le sentiment d’être ensemble. Les rencontres à distance diminuent le sentiment de résoudre les problèmes ensemble, c’est une interaction différente. Les infirmières disent que les rencontres réelles doivent se faire dans la même pièce. Même si les rencontres à distance seront certainement dans le futur encore plus utilisées, elles espèrent que les rencontres face-à-face continueront pour les soins.</p>
Discussion	
	<p>Citation des résultats obtenus par thèmes.</p> <p>Les résultats indiquent que la rencontre a une signification personnelle pour les infirmières autant que pour les patients. Elle est importante et fondamentale dans les SAD. L’importance de la rencontre interpersonnelle est soutenue par Buber qui soutient que toute vie authentique est rencontre entre un <i>je</i> et un <i>tu</i>. La théorie de Halldorsdottir sur les différents modes de rencontre permet une meilleure compréhension. Un concept fondamental de cette théorie est que la rencontre humaine ne doit pas être décrite comme rencontre entre personne soignée/personne soignante, mais comme des personnes dans un continuum dans les dimensions de soins et de non-soins. L’étude soutient aussi l’importance d’être présent avec la personne. Les cinq modes de la théorie de Halldorsdottir sont un continuum des soins de la plus insensible à la plus grande qualité. Aucun exemple dans l’étude ne peut être comparé au <i>mode destructeur</i>. Les résultats ne montrent pas non plus de <i>mode retenu</i> explicitement, mais est mis en évidence lorsque les infirmières disent qu’il faut prendre le temps et ne pas presser les patients. Beaucoup d’exemples peuvent se référer au <i>mode neutre</i>, par exemple lorsque les infirmières étaient plus distantes et pas focalisées sur l’intention de construire une relation. Un autre exemple est lorsqu’elles adoptent une attitude « d’attendre pour voir » lorsqu’ils ne se connaissent pas encore. Beaucoup de rencontres à distance peuvent aussi être vue comme un <i>mode neutre</i>. Aussi les soins routiniers ou centrés sur les tâches et non sur la personne. Dans ce mode, l’infirmière n’influence le patient ni positivement ni négativement, elle maintient juste le contact.</p> <p>La rencontre de soins positive est lorsque le patient se sent « confirmé » comme personne, où l’infirmière intègre son histoire de vie, ses proches, ses symptômes et sa maladie. Connaître l’autre (le patient) est important. Cela peut être vu comme le <i>mode soutenant</i> dans lequel l’infirmière est s’intéresse véritablement à une personne et a la compétence de prodiguer des soins personnalisés qui préservent l’intégrité, la dignité du patient et qui améliore son bien-être. Lorsqu’un sentiment d’appartenance communautaire se crée, cela apporte de l’énergie et soulage l’anxiété, ce qui peut être compris comme le <i>mode don de vie</i>. Celui-ci rejoint le <i>être présent à l’autre</i> plus que de travailler « sur » la personne. L’infirmière est alors dans des soins qui diminuent la vulnérabilité, soutient la personne, augmente son bien-être et sa guérison. Ce mode est le mode humain et est représenté</p>

	<p>avec la guérison par l'amour. La bonne rencontre est décrite lorsqu'elle a lieu sur le niveau personne à personne, au-delà des façades et des rôles de chacun. Selon Buber la rencontre je-tu est concrète où les personnes se heurtent les unes aux autres de façon authentique sans qualification. Une étude montre que la rencontre devrait avoir lieu au niveau sur lequel se trouve la personne spirituellement et alors lorsque l'infirmière et le patient travaillent ensemble dans la situation cela peut soulager la souffrance. Dans cette étude, lorsque les infirmières mettaient de la distance dans la rencontre elles n'étaient plus dans cette dimension. Ford décrit la rencontre attentionnée comme une façon de faire et une façon d'être.</p> <p>La théorie de Halldorsdottir présente les soins infirmiers avec les composantes des compétences, des soins et la connexion, décrite avec la métaphore du pont. Les soins non-professionnels sont décrits comme incompetents, indifférents et sans connexion, avec la métaphore du mur. L'étude rejoint Halldorsdottir dans la description de la balance entre être professionnel et être privé. L'équilibre est difficile à trouver entre être professionnel et personnel et non pas privé. Taylor pointe le besoin de conceptualiser l'infirmière comme une personne qui n'est pas seulement une professionnelle, mais qui partage personnellement des qualités humaines avec les personnes qu'elle soigne.</p> <p>Les rencontres à distance ont des avantages et des inconvénients. Même si la videoconférence donne plus d'informations que le téléphone, ces techniques limitent la vision globale. La qualité de cette rencontre n'était toutefois pas le focus de l'étude et il est difficile de tirer des conclusions. Certaines études montrent cependant que les rencontres à distances peuvent augmenter le niveau plus haut que le <i>mode neutre</i>. Lorsqu'elles démontrent un intérêt, une familiarité et un sentiment de sécurité, les communications à distance fournissent un sentiment de présence. D'autres études montrent que le nombre de rencontres augmentent et que les rencontres sont plus « spécifiques ».</p> <p>Il est raisonnable de conclure que ce n'est pas le mode de technologie utilisée ou la communication le plus important dans la rencontre, mais la personne et ses besoins. Il y a risque que le coût des soins guide le développement des SAD plus que les besoins. Buber décrit ce risque comme la crise de l'homme moderne. La technologie a été créée pour soutenir l'homme, mais c'est l'homme qui devient maintenant son extension. Afin de réduire ce risque, les infirmières à domicile doivent apprendre à utiliser ces outils dans les situations pour promouvoir leurs compétences, leurs soins et leurs connexions.</p>
Considérations méthodologiques	<p>La base d'analyses était riche car les infirmières avaient une vaste expérience aussi bien dans les rencontres face-à-face qu'à distance. Afin d'augmenter la fiabilité des interprétations tous les auteurs ont pris part aux analyses et à la rédaction de l'article. D'autres interprétations ont aussi été testées.</p> <p>Les résultats des trois mots (nuage de mots) doit être vu comme indiquant une direction et non pas comme une mesure exacte. La transférabilité des résultats doit être considérée avec l'approche qualitative de l'étude dans un contexte donné. Toutefois le phénomène étudié est commun aux humains où tout le monde a une certaine expérience.</p> <p>Stake déclare que les gens font des généralisations à partir de leurs expériences personnelles ou des autres et que ce processus est inconscient quand des expériences anciennes et nouvelles se mettent ensemble. Cela signifie que le lecteur peut déterminer si ces données sont transférables dans son contexte et reliées à ses propres connaissances.</p> <p>La transférabilité des résultats est aussi soutenue par les résultats similaires de précédentes études, tout en rajoutant des dimensions supplémentaires dans le développement de la compréhension de la rencontre. Les résultats rejoignent aussi beaucoup la théorie de Halldorsdottir.</p>

	Les auteurs n'ont pas demandé de descriptions d'une rencontre destructrice, ce qui est un manque dans la comparaison à cette théorie.
Conclusion	<p>Les résultats montrent qu'il y a trois dimensions importantes dans la rencontre infirmière-personne à domicile : <i>être privé, être personnel et être professionnel</i>. Une bonne rencontre est lorsqu'il y a un bon équilibre entre <i>être personnel et être professionnel</i>.</p> <p>La rencontre dans les soins de santé à domicile constitue un contexte particulier dans lequel l'infirmière est une invitée et l'équilibre <i>dans les êtres</i> est un défi. Dans les situations où les rencontres à distance sont encouragées, les infirmières doivent apprendre des stratégies qui peuvent promouvoir les compétences, les soins et les connexions.</p> <p>Plus de recherches doivent être faites avec la perspective des patients et des proches dans la rencontre.</p>

24 GRILLES E2

Caring Relationships in Home-Based Nursing Care - Registered Nurses' Experiences

Wälivaara B.-M *, Sävenstedt S. & Axelsson K., @ Sweden, université de Lulea

The Open Nursing Journal, 2013, 7, 89-95

24.1 GRILLE D'ANALYSE CRITIQUE

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Analyse objective (méthodologique et scientifique)	Analyse subjective
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le PICO est respecté. Le phénomène d'intérêt = expérience des infirmières dans leur relation avec les patients à domicile. La population est les infirmières et le contexte les soins à domicile	Titre clair, permet de voir que c'est le point de vue des infirmières qui est traité ici.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Une introduction est présentée par rapport à l'importance de la relation dans les soins infirmiers. La méthode ainsi que les résultats sont présents et synthétisés. Le cadre théorique n'est cependant pas explicité dans le résumé.	Bon résumé, il permet de confirmer que l'article est bien dans notre thème, à savoir les aspects relationnels dans les soins à domicile.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le but de l'étude est d'explorer l'expérience des infirmières de leurs relations avec les patients à domicile. L'importance de cette relation est bien développée.	Phénomène bien défini, inséré dans la recension des écrits, ce qui argumente l'intérêt de la problématique.

Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			L'importance de la relation dans les soins est bien mise en évidence et les aspects relationnels dans les soins infirmiers largement traités. Les aspects éthiques des interactions sont soulevés, ainsi que les différences du rôle infirmier entre l'hôpital et le domicile.	Très bon background. Manque cependant peut-être plus de développement par rapport au domicile (importance en Suède, en tant que contexte de soins).
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	La base philosophique n'est pas mentionnée bien que les auteurs mentionnent leur approche interprétative. Le concept principal développé est la relation soignante. Les auteurs précisent également leurs définitions du domicile, des technologies à distance et explicitent les rôles des différentes infirmières (RN et DN)	Bonne explication du cadre de l'étude (RN, domicile, technologies) Manque la base philosophique et la tradition.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?		X		Pas de question clairement formulée hormis le but de la recherche, à savoir d'explorer les relations des infirmières avec leurs patients à domicile.	Des questions implicites apparaissent en lien avec la relation si importante et la responsabilité de l'infirmière par rapport à cette relation : comment l'entretient-elle à domicile ?
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Le but de l'étude découle bien de l'état des connaissances, tout comme les questions implicites.	Dommage qu'il n'y ait pas de questions explicites.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les	X			Approche qualitative avec analyse de discours (interview). Cette méthode correspond à la tradition de recherche exploratrice (les auteurs cherchent à explorer un phénomène). La durée des interviews (60 à 90 minutes) correspond au devis de recherche.	Le devis est clairement mentionné. l'approche philosophique et le cadre aurait pu être précisé pour plus de rigueur.

	données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?					
Popula-tion et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			L'échantillon est de 24 infirmières (n=24) : 13 infirmières enregistrées (RN) et 11 infirmières de district (DN). Contexte : ville dans le nord de la Suède, une zone citadine et 3 zones plus éloignées. Politique en Suède : le plus de soins doivent être faits dans les centres, visites à domicile gratuites, mais seulement si raisons valables.	Echantillon, contexte et cadre très bien détaillés. → augmente transférabilité. Bien d'avoir une description des rôles des infirmières et de la politique de santé suédoise.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Pas mentionné.	Jamais mentionné !!
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Interviews individuels ouverts, de 60 à 90 minutes. Les premières questions sont ouvertes sur leurs expérience de leurs relations à domicile, puis les chercheurs approfondissent, « relancent » les infirmières sur certains aspects relationnels spécifiques. Ils leur demandent d'argumenter pourquoi et comment elles expliquent cette relation, ce qui est important, avec des exemples.	Très bonne description de la collecte de données avec des précisions sur les thèmes approfondis et de quelle manière.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de	X			Oui, l'utilisation d'interviews correspond à l'étude d'un phénomène.	Toujours la même chose !!

	collecte des données ?					
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Le choix des participants et toute la méthode de la recherche est décrite. Les participantes ont été informées par écrit et par oral des modalités de l'étude avec l'assurance de pouvoir se rétracter à tout moment et que les résultats présentés ne permettraient pas de les reconnaître. L'étude a également été approuvée par le conseil régional d'éthique d'Umea, Suède.	Toute la procédure est bien décrite. Critères éthiques respectés et bien décrits également.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Les chercheurs décrivent bien l'ensemble de leur recherche, de l'état des connaissances à la méthodologie ce qui leur confèrent une bonne crédibilité. Les données analysées ont été régulièrement remises en lien avec les interviews de départ et les 3 auteurs ont suivi ce même processus. De plus ils ont utilisé un programme informatique de codage NVivo 9, cela augmente encore la crédibilité des résultats.	Programme NVivo 9 Bonne description de l'ensemble de l'étude. La population relativement élevée (n=24) est un bon critère de crédibilité et de transférabilité.
Résultats Traite-ment des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Oui les auteurs, après plusieurs lectures, séparent les résultats en 2 thèmes : la relation et la rencontre. La rencontre sera analysée dans un autre article. Les chercheurs ont utilisé le programme informatique NVivo 9 afin d'augmenter la fiabilité de leurs catégorisations.	Bonne description de l'analyse des données.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Le thème principal ressorti est: <i>les bons soins infirmiers se construisent sur une relation de confiance</i> . Celui-ci est ensuite séparé en sous-thèmes : Etablir une relation de confiance : elle s'établit dès la 1 ^{ère} rencontre. L'infirmière doit faire preuve de respect et est une invitée. La relation s'approfondit au fil des	Bien le tableau

				<p>visites, plus qu'en milieu hospitalier, les conversations deviennent plus personnelles. Obstacles à la relation : expériences antérieures négatives, discorde familiale, volonté de maintenir une distance</p> <p>Efforts conscients pour maintenir la relation : effort conscient de mettre la bonne relation comme une priorité. Effort d'humilité, d'empathie et de respect de la personne dans sa dignité. Présence sécurisante et réciprocité. Montrer de l'intérêt et avoir un bon équilibre entre professionnel et personnel.</p> <p>La réciprocité : l'infirmière et le patient sont interdépendants dans leur relation dans laquelle les deux s'ouvrent à des conversations plus personnelles. L'infirmière devient une amie-professionnelle. Un trop grand focus sur les tâches nuit à cette réciprocité. Cette dernière facilite l'évaluation des besoins (meilleure connaissance du patient).</p> <p>Différents niveaux de relation : les infirmières ont des relations plus profondes avec les patients dont elles sont responsables et ceux qu'elles voient le plus souvent. Elles se sentent aussi plus engagées lorsqu'ils leur font confiance.</p> <p>Limites et frontières : le temps limité des visites ou les barrières du langage sont des freins à la relation. Nécessaire de trouver un équilibre entre professionnel et personnel et non pas privé, ce qui constitue un challenge pour les infirmières.</p>	<p>Rôle d'invitée, respect.</p> <p>Relation plus approfondie qu'en milieu hospitalier.</p> <p>Obstacles à la relation ressortis, pas vu dans autres articles.</p> <p>Bonne relation = priorité</p> <p>Humilité et respect</p> <p>Equilibre personnel et professionnel</p> <p>Interdépendants dans la relation.</p> <p>Les deux deviennent plus intimes.</p> <p>Un focus sur le rôle nuit à la réciprocité.</p> <p>Réciprocité améliore évaluation</p> <p>Engagement dans les deux sens !!</p> <p>La relation a besoin d'un cadre, ni trop ni trop peu → challenge !!</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des</p>	<p>-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des</p>	X		<p>Des liens et interprétations avec d'autres recherches sont très présents. Tout d'abord relatives à la relation de confiance infirmière-patient. Puis la relation réciproque, qui doit être consciemment travaillée. Elle semble être influencée par le contexte du domicile (plus personnel), et pour des raisons éthiques, mais ne doit cependant pas</p>	

concepts	recherches antérieures ?				devenir égalitaire. La capacité des infirmières à valider est une partie importante de la construction de la relation. Le développement d'une histoire commune est un argument pour la continuité des soins et l'approfondissement de la relation (plus présents chez les RN). Problème éthique soulevé lorsqu'il n'y a pas de suivi. Limites dans la relation se produisent lorsque les infirmières sont plus centrées sur leur rôle professionnel que personnel, ou par peur de s'impliquer trop, de ne pas avoir le temps. Nécessaire d'avoir une confiance dans la continuité des soins qui peut être suivie par les technologies à distance.	<p>Problème éthique d'approfondir ou pas la relation.</p> <p>Limites dans la relation : trop professionnel, pas de continuité des soins.</p>
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Les auteurs décrivent leur généralisabilité en 3 points, plausibles : l'étude, traitant des phénomènes humains, peut être transférée à d'autres contextes de soins à domicile, les résultats peuvent être transférés par une <i>généralisation naturaliste</i> dans un contexte différent, et, la littérature des soins infirmières soutient le même genre de résultats. Ils soulèvent toutefois leur rigueur et leur expérience de la méthodologie.	<p>Les auteurs sont critiques et objectifs envers leur étude.</p> <p>Rigueur incontestable, transférabilité possible.</p>
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les chercheurs décrivent qu'ils n'ont pas « approfondi », lors des entretiens, les raisons des relations « négatives ». L'interprétation qualitative des chercheurs possède automatiquement un biais, de par les connaissances théoriques et l'orientation des chercheurs.	<p>Les chercheurs mentionnent quand même des éléments négatifs pour la relation, ce qui n'est pas présent dans les autres études.</p> <p>Biais de l'interprétation qualitatif revient.</p>
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à			X	De façon implicite, les auteurs le font dans leur conclusion. (cf conclusion ci-dessous). On pourrait voir la nécessité de recherches supplémentaires sur le contexte des SAD, car il va évoluer avec l'avancée des technologies. Et également sur les aspects relationnels qui sont primordiaux dans les soins.	<p>Les implications pour la pratique ne sont pas clairement mises en évidence.</p> <p>Bien que mentionné dans la conclusion, d'autres aspects intéressants ne sont pas relevés.</p>

	venir ?					
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Article très bien écrit et structuré. De très nombreux liens sont faits avec d'autres études traitant des aspects relationnels. La méthodologie est également bien décrite et rigoureuse.	
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Oui les auteurs ont été rigoureux dans leur recherche, les résultats sont donc probants et transférables. Les conclusions sont claires et peuvent être utilisées dans la pratique infirmière spécialement dans un contexte de SAD. Les infirmières doivent accepter d'avoir un rôle d'invité, et personnel également. La relation nécessite des efforts conscients de la part des infirmières.	Certains aspects de la relation traités ici peuvent être transférables aussi à d'autres milieux de soins.
Limites de l'étude	Pas de questions de recherche explicites Pas d'implications concrètes pour la pratique clairement mentionnées (implicites dans la conclusion, mais tous les aspects intéressants ne sont pas repris) Pas de travaux à venir mentionnés Pas de saturation des données mentionnée Interprétation qualitative biaise immanquablement les résultats					

24.2 GRILLE TRADUCTION-RÉSUMÉ

Caring Relationships in Home-Based Nursing Care - Registered Nurses' Experiences Wälivaara B.-M, Sävenstedt S. & Axelsson K. The Open Nursing Journal, 2013, 7, 89-95	
Enoncé du problème	L'importance de la relation soignante est bien mise en évidence, d'autant plus dans les soins à domicile où le contexte est différent. Le but de la recherche est d'explorer l'expérience des infirmières diplômées dans leurs relations avec les personnes qu'elles soignent à domicile.
Recension des écrits	La littérature montre que les interactions, la relation et la communication ne sont pas clairement définies dans la littérature infirmière et que ces concepts, au cœur des soins infirmiers, sont souvent interchangeable. La relation soignante est ensuite documentée par 3 études. Cette relation nécessite de prendre le patient dans sa globalité dans le but de l'aider à se développer. Elle nécessite de la confiance mutuelle. La relation soignante est aussi décrite comme diminuant la vulnérabilité et préservant la dignité. Elle peut encore être vue comme facilitant la santé en impliquant les besoins réels de la personne. A l'opposé, une relation non-soignante est décrite lorsque le patient est considéré comme un objet et l'infirmière effectue une tâche. Une autre étude relate les aspects éthiques inhérents aux interactions humaines (interdépendance) qui créent des responsabilités et du pouvoir de part et d'autre. Comment les infirmières sont-elles dans cette relation aidante concrètement : centrées sur les besoins, les limites et les potentiels de la personne, authentiques et s'adaptent à la personne et à la situation. La qualité d'une relation a un impact sur l'état de santé du patient, la satisfaction des soignants et la qualité des soins. Une étude sur les soins palliatifs a mis en évidence une différence dans le rôle de l'infirmière en milieu hospitalier et à domicile. A domicile l'infirmière est très importante pour la famille et elle est incluse dans leur vie quotidienne, alors qu'en institution elle doit créer l'opportunité pour la famille d'être présente. Une autre étude démontre que c'est le caractère de l'infirmière qui joue un rôle, indépendamment du contexte ou du patient. Les relations négatives entraînent plus de souffrance, bien que le rôle infirmier soit de promouvoir le bien-être.
Cadre théorique ou conceptuel	Définition et description des rôles des titres infirmiers en Suède : RN, DN, infirmière primaire (responsabilité des soins primaires), secondaire (responsable des soins, mais pas de responsabilité primaire), stand-in-nurse (infirmière enregistrée, mais sous la responsabilité d'une infirmière primaire). La conception de la maison est également définie : il s'agit ici des habitations ordinaires, et des logements protégés (en Suède cela correspond à des propres appartements ou à des maisons de retraite). Technologies de communication à distance sont définies par : téléphone, web camera, vidéoconférence. Concepts sélectionnés selon l'interprétation et les connaissances des auteurs par rapport aux discours des participantes → approche interprétative.
Devis de recherche	Recherche qualitative, analyse du contenu d'interviews individuels (→ analyse de discours)
Population et contexte	Population : n=24 : 13 infirmières enregistrées (RN) et 11 infirmières de district (DN). RN= peuvent avoir des infirmières à qui elles délèguent des tâches, n'ont pas besoin d'ordonnance pour effectuer une visite. DN= ne peuvent pas déléguer ou superviser. Les chercheurs sont passés par les

	<p>managers (8) des centres de santé de quatre territoires d'une ville du nord de la Suède et ont demandé des infirmières ayant un minimum d'un an d'expérience. Toutes ont de l'expérience dans les rencontres, y compris avec les technologies (téléphones, webcams, vidéoconférences). Toutes les infirmières ont de l'expérience dans les soins à domicile. Elles utilisent également beaucoup la technologie (téléphone, web-cam, vidéoconférence)</p> <p>Contexte : Service de soins à domicile de 1 zone de la ville et de 3 zones plus éloignées, nord de la Suède.</p>
Collecte des données Analyse des données	<p>Interviews ouverts individuels réalisés entre 60 et 90 minutes. Réalisés soit au domicile du participant, sur leur lieu de travail ou au bureau du chercheur. Demande de parler librement de leur rencontre avec les patients à domicile. Demandé des arguments pourquoi cette rencontre est importante, comment ils l'expliquent et la décrivent. Interviews enregistrés puis retranscrits.</p> <p>1 : plusieurs lectures pour avoir une vision globale. RN et DN mis ensemble.</p> <p>2 : séparation en 2 thèmes : relation et rencontre, chaque thème analysé séparément. Dans cette étude que les résultats par rapport à la relation, la rencontre sera présentée dans une autre étude.</p> <p>3 : l'analyse se poursuit en suivant la méthode Berg (textes lus plusieurs fois, divisés par thèmes et condensés). Les unités de sens ont été assemblées par leurs ressemblances et leurs différences et toute la procédure a été stockée dans Nvivo9, ce qui fournit une piste de vérification par rapport aux interviews originaux. (rigueur)</p> <p>4 : finalement tous les thèmes et sous-thèmes ont été interprétés. Et régulièrement tous les auteurs se sont référés aux interviews de base (fiabilité).</p>
Résultats	
Des bons soins infirmiers sont construits sur une relation de confiance	<p>1 thème principal et 5 sous-thèmes ont été identifiés, explicitement et implicitement. Les sous-thèmes sont considérés comme permettant d'arriver au thème principal. C'est le thème principal ressorti, avec la rencontre (analysée dans autre étude). De ce thème sont issus les sous-thèmes : établir la relation au sein des soins à domicile, des efforts conscients pour maintenir la relation, l'exigence de la réciprocité dans la relation, travailler dans différents niveaux de relation et finalement les limites et les frontières dans la relation. La relation est ressortie de manière évidente des interviews et semble être le « véhicule » qui permet d'apporter des bons soins à domicile. Les situations où les relations étaient superficielles les besoins des patients n'ont pas été connus, ce qui entraîne un certain risque de dégâts. La confiance est une composante importante d'une relation soignante fonctionnelle. Elle augmente la sécurité et contribue au mieux-être de la personne. Une bonne relation est tout autant importante pour des soins palliatifs que curatifs, mais est encore plus importante avec les patients « isolés » socialement.</p>
1.1 Etablir une relation de confiance	<p>La relation se construit dès la 1^{ère} rencontre et elle est importante pour son développement futur. Les infirmières arrivent comme des étrangères et se présentent en tant que personne et en tant que professionnelle. Elles agissent comme des invités et respectent les conditions du patient. Les infirmières essaient de voir dans quelle mesure la personne est ouverte à la relation. Quand le 1^{er} contact se passe bien, une relation de confiance détendue peut se construire et soignant-soigné apprennent à se connaître. L'infirmière reste professionnelle mais peut avoir des conversations plus personnelles et non pas privées. La relation grandit au fil des visites et est plus approfondie et intime qu'en milieu hospitalier. Cela s'explique par le fait que les infirmières ont accès à plus de détails et une vision plus large de l'histoire de vie des patients. Eléments négatifs pour la relation,</p>

	obstacles : des expériences antérieures négatives avec des infirmières, une volonté de la personne de maintenir une distance, un environnement familial « menaçant » avec des vieilles querelles. Lorsqu'elles utilisent les moyens technologiques à distance, il semblerait important de pouvoir mettre un visage afin d'établir une bonne relation. Une fois la relation établie, les moyens de communication à distance sont utiles pour maintenir cette relation.
1.2 Efforts conscients pour maintenir la relation	Les relations à domicile ne vont pas de soit et nécessitent un effort conscient pour établir et maintenir la relation. Un effort est par exemple pour les infirmières de mettre la construction de cette relation comme une priorité. Stratégies : Par exemple lorsqu'une visite manque de bonne relation, l'infirmière y retourne plusieurs fois jusqu'à ce que ces contacts répétés fassent émerger une bonne relation. La confiance nécessite cependant de la patience. Faire un effort d'humilité, d'empathie, de respect et de traiter la personne correctement. Selon les infirmières leur présence sécurisante dans la maison peut faciliter la relation. La réciprocité est un signe de cette présence sécurisée, elle se manifeste par un partage de temps ou lorsque le patient permet à l'infirmière de s'impliquer dans ses soins ou que l'infirmière montre son intérêt et son engagement pour le patient (écouter, poser des questions, toucher). L'engagement signifie aussi pour les infirmières de trouver un bon équilibre entre professionnel et personnel. La relation établie peut être maintenue par des visites ou par un contact à distance (tél par ex).
1.3 Réciprocité est une exigence de la relation	Dans la relation, l'infirmière et le patient sont interdépendants et contribuent mutuellement à maintenir une bonne relation. Cela implique un échange mutuel et la réciprocité est stimulée par les conversations autres que la maladie. Ce genre de conversations signifie que les 2 personnes s'ouvrent vers une relation plus personnelle. Les rôles soignant-soignés sont moins prononcés et l'infirmière devient une amie-professionnelle. L'expérience a démontré que la réciprocité a été entachée par un trop grand focus sur le rôle et/ou les tâches professionnels. En même temps les tâches peuvent également ouvrir la porte sur la réciprocité. → dans les 2 sens !! Une connaissance de la situation ainsi qu'une relation de réciprocité peut faciliter les évaluations des besoins en soins, lors des visites et aussi à distance. Les conversations à distance sont cependant plus orientées sur la maladie, contrairement aux face-à-face qui ont une réciprocité et un sens « communautaire ».
1.4 Travailler dans différents niveaux de relation	Les infirmières ont mis en évidence une importance de la relation plus marquée et une priorité avec les personnes dont elles sont responsables et avec qui elles ont plus de contact. Les infirmières se sentent plus engagées lorsque les patients leur font confiance et montrent leurs pensées. → primary nurse. La situation est différente pour les secondary nurse et les stand-in-nurse qui ont aussi une bonne relation, mais à un niveau moins profond.
1.5 Limites et frontières dans la relation	Facteurs limitant la relation : le temps limité en lien avec la charge de travail (risques de casser la relation en coupant court). Priorité aux patients en charge (primary nurse). Barrière du langage. La relation à domicile a toutefois besoin de cadres et de frontières. Par ex. les infirmières demandent à ne pas suivre une personne qu'elles connaissent ou lorsqu'elles se sentent mal à l'aise ou lorsque la relation tend à devenir trop personnelle et qu'elles sentent le risque de perdre leur professionnalisme. → challenge : rester professionnel et personnel, mais pas privé !! trouver l'équilibre entre personnel et privé.
Discussion	
	Les infirmières sont conscientes de l'importance de la relation soignante de confiance à domicile et travaillent à la développer. Cela rejoint les conclusions de Berg et Danielson. Une relation de confiance personnelle peut se construire possible avec plusieurs rencontres où la confiance

	<p>grandit. La notion de confiance infirmière-patient se définit comme une acceptation optimiste dans une situation vulnérable, après une évaluation minutieuse, le patient croit que l'infirmière lui porte un intérêt primordial. Une autre étude (Hagerty) montre que le patient peut lui faire confiance dans un domaine et pas dans un autre. Une relation de confiance est celle où l'infirmière travaille pour et au sujet de la personne, ce qui rejoint l'étude. Selon Hupcey, la confiance est le résultat de la congruence entre les attentes des patients et les actions des infirmières.</p> <p>A domicile, la relation de confiance est aussi, entre autre, une relation réciproque qui doit être travaillée consciemment. Cependant une réciprocité totale est intrinsèquement impossible et même nuisible à la guérison dans la relation soignant-soigné (Kasen, Buber). La réciprocité est aussi prodiguée pour des raisons éthiques. Il semble néanmoins que le contexte des soins à domicile encourage la réciprocité (par la nécessité d'être personnel), ce qui ne signifie pas être dans une relation égalitaire. Selon Logstrup toutes les relations sont réciproques de par leur interdépendance et leur influence mutuelle. A domicile, l'infirmière ne peut pas, éthiquement, s'attendre à recevoir quelque chose de la relation. Néanmoins prendre quelque chose est une confirmation de la relation, ce qui est fondamental pour les humains. Les auteurs supposent que la capacité de l'infirmière à valider est une partie importante de la construction de la relation à domicile. Les différents niveaux de relations et de proximité ne sont pas l'objectif principal des inf. Buber décrit 2 mouvements des infirmières : le 1^{er} pour entrer dans la relation, le 2^{ème} pour garder une distance. Les RN choisissent clairement d'entrer dans la relation afin de l'approfondir → engagement, plus de contacts → développement d'une histoire commune qui est un argument pour la continuité des soins.</p> <p>Dans les situations où les infirmières n'étaient pas référentes (secondary, stand-in) les infirmières choisissent d'avoir une relation moins profonde. Ce choix peut être vu comme un respect de l'intégrité de la personne, étant donné qu'elles ne vont pas poursuivre les soins ensemble. Les auteurs supposent aussi que cela crée un problème éthique d'approfondir les sentiments du patient alors qu'il n'y aura pas de suivi. Le choix du niveau de relation dépend aussi du patient (cf esquisse : impossible lorsqu'il refuse d'accepter les visites). Les résultats de cette étude montrent aussi des limites dans la relation professionnelle, intentionnelles ou non. Selon Ejneborn, elles se produisent lorsque l'infirmière choisit d'avoir son rôle prof et non pas trop personnel. Raisons de la distance (Bergum...) : peur de s'engager trop, de ne pas avoir le temps de s'impliquer. Le risque d'une distance relationnelle est de ne pas pouvoir construire de relation de confiance et donc pas de soins fructueux.</p> <p>Une étude montre que le temps et les distances géographiques sont des facteurs influençant la construction de la relation à domicile. Une autre montre que c'est le temps et la continuité des soins, et particulièrement le temps lors de la 1^{ère} visite. Aussi que l'infirmière soit joignable par tél. Cette étude montre que la continuité des soins peut être assurée à distance, avec une connaissance des visages préalable. Les infirmières doivent également respecter les mesures de confidentialité particulières avec les technologies afin de préserver la confiance. Une étude a démontré que lorsque le patient fait confiance à l'infirmière il lui fera aussi confiance lors d'interactions avec les technologies. Celles-ci peuvent ouvrir de nouvelles pistes d'action pour les SAD. En réaction à ce développement, des théories infirmières reviennent sur l'importance des interactions humaines et les partages qui sont la base de la confiance. Cet accent doit être présent à dom lorsque la technologie est mise en place, ceci afin de construire des soins de qualité.</p>
Considérations méthodologiques	<p>Les chercheurs n'ont pas « creusé » ou relancé les infirmières, durant l'interview, sur les expériences « négatives » dans leur relation professionnelle à domicile. L'interprétation qualitative des chercheurs possède automatiquement un biais, de par les connaissances théoriques et l'orientation des chercheurs. D'autres auteurs auraient peut-être ressorti d'autres thèmes des entretiens.</p> <p>Rigueur : les auteurs ont de l'expérience dans la méthodologie et ont de bonne connaissance des soins infirmiers. Utilisation du programme</p>

	<p>informatique NVivo 9 qui renforce la fiabilité de l'analyse.</p> <p>Transférabilité : l'étude traite des phénomènes humains et peut être transférés à d'autres contextes de soins à domicile, les résultats peuvent être transférés de manière généralisation naturaliste en tenant compte d'un contexte différent.</p> <p>Le fait que le thème soit soutenu par d'autres documents de soins infirmiers est aussi un signe de transférabilité.</p>
Conclusion	<p>Une relation de confiance est un préalable à une relation professionnelle à domicile. Elle peut être vécue en personne, au travers des technologies ou les deux. Par nature la relation est asymétrique car l'infirmière a la responsabilité de prendre soin de son patient.</p> <p>Les infirmières doivent accepter d'entrer comme des invités et parler d'elles car les patients ont besoin de savoir qui rentrent chez eux.</p> <p>La relation à domicile nécessite des efforts conscients de la part des infirmières, ainsi que le choix du niveau de la relation.</p> <p>Le contexte des SAD va certainement évoluer avec l'avancée des technologies. Les infirmières doivent veiller à sauvegarder les possibilités d'établir des relations de confiance.</p>

25 GRILLES E3

Patients experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination

Holmberg M., Valmari G. and Lundgren S. M. @ University of Gothenburg, Göteborg, Sweden
Scandinavian Journal of Caring Sciences ; 2012; 26; 705–712

25.1 GRILLE D'ANALYSE CRITIQUE

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Analyse objective (méthodologique et scientifique)	Analyse subjective
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le problème à l'étude est clair: l'expérience des patients recevant des soins à domicile et leur dualité entre la nécessité des soins et leur autonomie. La population et le contexte sont clairs également.	Bon titre, donne déjà une bonne idée de l'article.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le but de l'étude est bien décrit avec une petite introduction par rapport au contexte de soins. La méthode est décrite (étude qualitative avec 21 patients interrogés, en entretiens ouverts). Les résultats ont été analysés, interprétés et catégorisés en 3 thèmes principaux. Les principaux résultats sont mentionnés. Il manque cependant le cadre théorique qui n'est pas mentionné.	Bon résumé, dépeint bien l'article. Peut-être un peu trop long. Manque le cadre théorique.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Les auteurs introduisent bien la problématique, dans une courte introduction puis avec la recension des écrits. Ils mettent en lumière les spécificités du domicile, étant une sphère privée, pour la relation avec les soignants. Leur but est d'explorer l'expérience des patients recevant des SAD, lesquels sont en augmentation, et encore trop peu explorée.	Problématique bien amenée. Spécificité de la relation à domicile bien mise en évidence.
Recension	-Résume-t-elle les	X			Recension sur la signification du domicile, l'autonomie du	Bonne recension des écrits,

des écrits	connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?				patient, la relation infirmière-patient spécifique au domicile. Nombreuses références pour chaque thème.	nombreuses références.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	Le contexte du domicile est développé, avec ses spécificités, ainsi que le respect de l'autonomie du patient. Certains aspects de la relation soignant-soigné ressortent également. Ces concepts sont insérés dans la recension des écrits et ne sont pas ressortis clairement par les auteurs. Aucune orientation ou tradition de recherche n'est relevée.	Pas d'orientation idéologique Concepts pas bien mis en évidence.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?			X	Elles sont implicites au travers du but de la recherche décrit par les auteurs. Sous forme de question, le but serait : quelles sont les perceptions et les expériences des patients recevant des soins infirmiers dans leur propre maison ?	Question implicite.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?			X	Le but découle bien de l'état des connaissances. Cependant celui-ci a soulevé plusieurs questions par rapport aux SAD (autonomie, respect, positionnement, relation) et les auteurs ne précisent pas quels types d'expériences ils souhaitent explorer.	Une question implicite, les auteurs auraient pu être plus précis dans l'orientation de leur recherche.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Il s'agit d'une étude qualitative de type description interprétative. Cette méthode est adéquate car la recherche est exploratrice et vise à comprendre une expérience. Pour ce faire, les entretiens ouverts choisis par les chercheurs sont adéquats également. Leur durée de 60 à 90 minutes nous paraît également adéquate avec ce devis.	Devis bien décrit et argumenté par les auteurs avec le type de recherche.

Popula- tion et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			n= 21 patients (10 hommes et 11 femmes) le contexte (banlieue d'une grande ville de Suède) et la sélection des participants sont bien décrits. Un tableau résume les données socio-démographiques des participants et leur degré de soins.	Bon échantillon comparativement aux précédents articles, et mixte. Manque cependant le type de pathologies dont souffrent les participants.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Donnée pas mentionnée	Jamais mentionné !
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits?				La procédure est bien décrite : interviews ouverts, de 60 à 90 minutes, sous forme de dialogue afin de mettre à l'aise les participants. La principale question était : quelle est votre expérience des soins infirmiers reçus à domicile ?	Question auprès des participants mentionnée → bien
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données?	X			Les interviews correspondent au phénomène exploratif de la question de recherche.	Ok, idem autres recherches qualitatives.
Déroule- ment de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Oui, le choix de l'échantillon, le recueil de données et son analyse sont bien décrits. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique local de l'université de Göteborg. Les patients ont été informés qu'ils pouvaient se retirer à tout moment de l'étude et que cela n'influencerait en aucune manière leurs soins et que la confidentialité des propos serait respectée.	Procédure et aspects éthiques sont bien.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Les auteurs décrivent bien leur procédure, laquelle est rigoureuse. Les auteurs ont de l'expérience dans ce domaine de recherche. Chacun a lu les résultats indépendamment et un consensus s'est ensuite créé pour l'interprétation des résultats, ce qui augmente la rigueur des résultats. La population est bien décrite, malgré un manque lié au type de pathologies, les	Crédibilité assurée par la rigueur et l'expérience des auteurs.

					résultats peuvent facilement être transférables.	
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Chaque étape est bien décrite et semblent rigoureuse. Les auteurs ont utilisé les principes de Thorne et al. dans la partie interprétative. Ils décrivent une grande réflexion, un examen critique et des concertations actives durant l'analyse. Les significations et les thèmes émergents ont ensuite été codés et conceptualisés.	Interprétation à l'aide des principes de Thorne et al. Codages et conceptualisations
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Les résultats sont regroupés par thème et sous-thèmes :</p> <p>1. Etre une personne: ils veulent être traités avec respect, comme une personne non un malade, au travers d'une relation individuelle, d'humain à humain. Ils ont également certaines attentes par rapport aux comportements des infirmières qu'ils veulent appropriés pour eux. Ils apprécient la flexibilité des SAD par rapport à une institution. Ils souhaitent aussi participer aux soins, dans leur mesure et à leur manière. Les aspects sociaux des visites sont appréciés, par des échanges plus personnels.</p> <p>2. Maintenir l'estime de soi: l'estime de soi implique d'avoir le contrôle de soi-même et de la situation. Cela veut dire pour les personnes âgées, qu'ils sont capables d'exprimer leur mécontentement si nécessaire et de fixer et/ou participer aux conditions qu'ils souhaitent avec les SAD. Ils sont cependant tolérants et ouverts en principe aux SAD, mais savent également définir leurs limites d'acceptabilité. Ils ne considèrent pas l'infirmière comme une invitée mais comme une professionnelle qui vient faire son travail. Les règles de savoir vivre liés au domicile sont cependant importantes pour eux, de part et d'autre.</p> <p>3. Avoir confiance: leur confiance envers les infirmières est liée à la continuité des soins, la connaissance des infirmières et leurs compétences. Ils n'aiment pas être « lâchés » par les infirmières</p>	<p>Résultats clairs et bien présentés, avec des citations des personnes interviewées.</p> <p>De personne à personne</p> <p>Respect</p> <p>Aspect communautaire</p> <p>Point de vue patient : l'infirmière n'est</p> <p>PAS UNE INVITEE</p> <p>Règles de savoir-vivre plus que rôle invité-hôte</p> <p>Continuité des soins et confiance dans les compétences des inf -></p>

					qui ne viennent et devoir re-planifier leur journée. Ils apprécient l'engagement des infirmières et le fait qu'elles ne changent pas trop souvent. Généralement ils font confiance aux compétences des infirmières et ne sentent pas en danger.	autre article où n'aiment pas lorsqu'elles leur demandent ce qu'ils ont → sentiment d'incompétence relevé.
Discus-sion Intégra-tion de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats sont mis en lien avec le cadre conceptuel du domicile et de la relation. Le rôle d'invité, pas ressorti par les patients est mis en évidence en référence à un autre article. Les auteurs émettent aussi des hypothèses pertinentes de compréhension des résultats, en lien avec des références antérieures. Ils soulignent également les différences entre ce qui a été observé objectivement et les discours des patients par rapport à leur auto-détermination. Ce point est très intéressant et permet de mettre en lumière la dualité des patients par rapport à leur dépendance aux SAD, en partie inévitable et parfois difficile à supporter.	Discussion intéressante, les implications pour la pratique ressortent clairement. Nombreux liens avec autres études. Part un peu dans tous les sens parfois, fil rouge difficile à suivre. Dualité dépendance/indépendance
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions?	X			Les auteurs mettent un bémol à la généralisation par rapport à la sorte de soins infirmiers, spécifique à cette communauté. Cependant, les chercheurs mettent aussi en avant la crédibilité de leurs résultats par la qualité de leur population (nombre, âge, mixité) et la rigueur de leur analyse.	Résultats généralisables car méthode rigoureuse.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les chercheurs mentionnent la limite des SAD qui ont été donnés par un même centre de soins de santé, ce qui limite la transférabilité, par rapport à la qualité des soins donnés relativement identiques.	Limite jamais mentionnée par autres études alors qu'aussi présente, un peu « bizarre ?! »
Perspec-tives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les auteurs soutiennent clairement quelques implications pour la pratique infirmière, notamment concernant la continuité des soins (mêmes infirmières, horaires respectés). Les infirmières devraient aussi avoir en tête que la visite est un événement social pour eux et que les patients ont la capacité et le besoin de maintenir au maximum leur dignité et leur auto-détermination.	Les résultats discutés et mis en évidence dans la discussion, ainsi que les hypothèses et conclusions sont très intéressantes pour la pratique à domicile.

Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Article dans l'ensemble bien écrit et structuré, malgré quelques incompréhensions dans la suite du texte, notamment dans la discussion. Une analyse minutieuse est possible, malgré quelques lacunes (cadre conceptuel, philosophie de recherche).	Bémol : parfois difficile de savoir où les auteurs veulent en venir. Un cadre conceptuel mieux défini dès le départ aurait peut-être aidé.
Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière?	X			Les résultats sont probants, et soutenus par d'autres conclusions qui les rejoignent. Ils peuvent être utilisés pour éclairer la pratique infirmière à domicile.	
Limites de l'étude	Pas de saturation des données Cadre conceptuel peu défini Manque philosophie et tradition de recherche Limite mentionnée par auteur un peu étrange (soins infirmiers par même communauté, de ce fait pas transférable) Un peu flou dans discussion mais hypothèses et conclusions très intéressantes					

25.2 GRILLE TRADUCTION-RÉSUMÉ

Patients experiences of homecare nursing: balancing the duality between obtaining care and to maintain dignity and self-determination Holmberg M.,Valmari G. and Lundgren S. M. @ University of Gothenburg, Göteborg, Sweden Scandinavian Journal of Caring Sciences ; 2012; 26; 705–712	
Enoncé du problème	Les SAD sont en augmentation, il est dès lors intéressant d'étudier ce que signifie de recevoir des soins dans la sphère privée et ce que cela implique pour les patients et pour les soignants. Le domicile est un lieu privé, où se confronte des attentes des deux côtés et où le patient veut qu'on le respecte. But de l'étude : décrire l'expérience des patients recevant des SAD.
Recension des écrits et cadre théorique ou conceptuel Respect de l'autonomie du patient	<p>Le domicile est une sphère privée positive où l'on a le droit d'être soi-même, de se sentir en sécurité et créer ses routines. La maison peut aussi être décrit comme un endroit familier pour le confort, par rapport à la communauté un entre intime pour les relations ou encore une protection de la vie privée. Selon Hilly, le domicile est très bien pour les soins car l'environnement familial soutient le maintien des AVQ et semble augmenter l'estime de soi et préserver l'intégrité. Le droit à l'autonomie, y compris le respect de ses valeurs doit y être respecté. Pour les personnes âgées à domicile, le fait d'être à la maison signifie leur capacité à utiliser leurs ressources, ce qui leur donne un sentiment de contrôle et l'envie de rester actif.</p> <p>Toutefois certains patients peuvent trouver intrusif et se sentir menacé par la venue des infirmières dans leur maison. Important de reconnaître ceci chez les patients. Des attentes variées des deux côtés régissent les interactions. L'infirmière doit montrer du respect et de la dignité envers tout être humain, que ce soit leur identité ou leur corps. La sagesse ne se développe pas également chez tout le monde, mais tout le monde a droit à la dignité. Si l'infirmière ne la respecte pas, elle viole sa propre dignité. Cela nécessite que les infirmières apprennent à connaître leurs patients et effectuent ainsi des soins individualisés, en respectant leur autonomie et leur intégrité. Les patients rejettent souvent le sentiment de soumission et de dépendance. Ils utilisent des stratégies afin de maintenir leur image de soi et soulignent leur rôle actif dans les AVQ et leur vie sociale. Les infirmières estiment qu'elles peuvent leur apprendre à augmenter leur confort et soutenir leurs capacités dans leur domicile. Ceci peut créer un déséquilibre de pouvoir si elles pensent mieux savoir ce qui est bon pour le patient. Si elles n'acceptent pas leurs valeurs, leur façon de vivre, une relation de confiance est difficile à établir. Souvent, les infirmières se sentent aussi comme des invités à domicile. Leur statut de professionnel leur permet aussi de gérer la question de la proximité de la relation à domicile. De nombreuses études ont été faites sur les points de vue des professionnels dans les SAD, mais peu sur le point de vue des patients. But de l'étude : décrire les expériences et les perceptions des patients recevant des soins infirmiers dans leur propre maison.</p>
Méthode	
Devis de recherche	Les chercheurs sont bien ancrés dans le terrain et ont déjà fait une étude d'observation sur les SAD. Pour comprendre l'expérience, approche qualitative est retenue. Méthode de description interprétative choisie pour comprendre les phénomènes cliniques. Cette approche est appropriée pour produire des connaissances en soins infirmiers. Cette méthode permet aussi d'explorer le point de vue des patients, encore inexploré.
Population et	Le centre de soins à domicile se situe dans un quartier de banlieue d'une grande ville de Suède . Les infirmières ont été invitées à parler de l'étude aux

contexte	patients capables de comprendre et de répondre à l'enquête. 25 patients se sont portés volontaires. Ils ont été contactés par téléphone par les chercheurs. Chaque participant était libre de décider du temps de l'entretien . Finalement 21 patients ont participé (4 étaient trop malades ou décédés), 11 femmes et 10 hommes qui ont donné leur consentement éclairé. Leurs besoins en soins est varié, de soins très légers à avancés.
Collecte des données Analyse des données	Entrevues ouvertes, au domicile des patients, entre juin et novembre 2008. Entrevues de 60 à 90 minutes, 7 patients par auteurs. Patients invités à partager leurs expériences des soins reçus à domicile, sans crainte d'une quelconque influence. Question principale : quelle est votre expérience des soins infirmiers reçus à domicile ? Les interviews ont été faites sous forme de dialogue afin de refléter un véritable intérêt de la part de l'interviewer. Ils ont été enregistrés et retranscrits, avec l'accord des participants. L'analyse des données a été guidée par les principes de la description interprétative (selon Thorne et al). Elle a été effectuée de manière systématique par la réflexion, l'examen critique et un questionnement éclairé. L'analyse a commencé par plusieurs lectures afin de saisir un sens global, et des discussions actives entre les chercheurs durant leurs réunions. Le processus d'interprétation a débuté par les significations émergentes révélées. Des codes ont ensuite été créés, raccordés aux thèmes ressortis. Les significations ont été identifiées et les variations dans les modèles sont devenues évidentes et pertinentes d'un point de vue clinique. Les résultats ont été conceptualisés en termes de similitudes et différences des expériences des patients, organisées ensuite en thèmes et sous-thèmes.
Résultats	Trois thèmes principaux: être une personne, maintenir l'estime de soi, et avoir confiance.
1. Etre une personne	<p>Les patients veulent être respectés comme un individu unique, ils veulent sentir une composante personnelle dans leur relation avec les infirmières. C'est important que l'infirmière voit le logement des patients comme précieux et qu'ils ont droit à la participation et à la prise de décision. Ils veulent être traités avec respect et non pas comme une personne malade. Ils veulent être reconnus comme des individus, parler et être écouté, dans une communication d'humain à humain.</p> <p>Pour défendre leur vie privée: les patients estiment avoir le droit d'avoir certaines attentes envers les comportements des infirmières et le droit de refuser certaines qui n'y correspondent pas (humiliation, comportement inapproprié). Par ex : sauter à l'intérieur, crier, presser le patient... Ils n'aiment pas non plus lorsque les infirmières jugent leur intérieur, l'état de propreté par ex. Certains patients n'aiment pas non plus lorsqu'ils reçoivent des coups de fils. Quand les infirmières se plaignent de leur stress, les patients ne veulent pas prendre le rôle de stresseur, ils trouvent ça inappropriés, ils devraient le dire à leur patron pas aux patients.</p> <p>Pour faire des choix: les SAD peuvent faciliter la vie quotidienne, surtout pour ceux qui ont de la peine à se déplacer dans les centres de santé. Les patients apprécient aussi la flexibilité des SAD, le fait qu'ils puissent décider d'annuler le rendez-vous s'ils sont trop fatigués ou au contraire s'ils auraient besoin d'une visite.</p> <p>Participer aux tâches: les patients veulent participer. Ils le font en étant prêts à l'arrivée des infirmières, ils sont douchés, ont sorti le matériel nécessaire. Ils donnent aussi parfois les instructions aux infirmières qui les connaissent moins. Les patients apprécient aussi lorsque les infirmières les tiennent informés de l'état actuel des choses et leur explique. Ils coopèrent aussi lorsqu'ils sont sollicités.</p> <p>Bénéfices sociaux: les patients apprécient lorsque les infirmières sont sociables dans leurs interactions. Pour les patients isolés cela leur fait une pause dans leur solitude. Avec le temps ils parlent d'autre chose que de la maladie, cela devient une grande famille. Agréable d'avoir une brève discussion. Les</p>

	patients apprécient aussi lorsque les infirmières partagent quelque chose de leur vie personnelle et prennent le temps de s'asseoir un moment.
2. Maintenir l'estime de soi	<p>L'estime de soi se réfère à la façon dont on se voit, ce que l'on pense de soi-même, ou encore le respect et la foi en soi-même. Cela implique d'avoir le contrôle de soi-même et de la situation, et d'avoir le courage nécessaire pour fixer des limites, ce qui implique que le patient est assez courageux pour exprimer son mécontentement lorsqu'il est justifié. Une bonne estime de soi est de maintenir le droit de prendre des décisions dans sa propre maison, y compris les personnes que vous autorisez à y entrez, avec vos conditions.</p> <p>Ne pas céder: la plupart des patients ont donné l'impression d'avoir la force d'être sympathique avec la charge de travail des infirmières et d'être tolérant dans une certaine limite. Ils ont également pu exprimer leur mécontentement lorsqu'ils ont été traités injustement. Les patients ne sentent pas si gravement malades et par conséquent acceptent que d'autres passent avant. Ils ne restent que 10-15 min selon leur disponibilité, les patients comprennent que d'autres malades les attendent donc ils ne veulent pas les arrêter. D'un autre côté les patients ont exprimé leur ambition de souligner leurs propres besoins et leur volonté d'être respecté en tant qu'individus. Ils ne se laissent pas traiter n'importe comment et ne veulent pas non plus démissionner de leur relation avec les infirmières, mais veulent se sentir indépendants le plus longtemps possible.</p> <p>Ne pas être un invité: les patients voient l'infirmière comme une professionnelle effectuant des soins dans leur maison, qui ont éventuellement fini par avoir la clé de la maison. Elles sont néanmoins tenues de respecter leur vie privée et de demander la permission avant de prendre quelque chose. Les patients savent que leur but premier est de donner des soins, c'est ce qu'elles montrent, elles sont alors toutes les bienvenues dans ce but et n'ont pas à agir comme des invités. Etant donné que la rencontre infirmière-patient fait suite à une prescription médicale, les patients ne se sentent pas responsable d'agir comme des hôtes, mais ils sont bien habillés et leur maison est rangée lorsqu'elles viennent. Les patients ne veulent pas être pris par une autre activité lorsqu'elles viennent (repas, vaisselle). Ils le font après.</p>
3. Avoir confiance	<p>La confiance est liée à la fois à la continuité des visites et à la manière dont les soins sont effectués. Elle requiert aussi de l'honnêteté, la disponibilité en cas de besoin et l'efficacité des soins, qui ne comportent pas de risques de lésions. Les patients ont apprécié l'engagement des infirmières envers leur bien-être ou lorsqu'elles faisaient des visites supplémentaires. Ils expriment aussi leur désir d'avoir les mêmes infirmières, qu'elles ne changent pas trop souvent, aussi pour les soins de plaies.</p> <p>Besoin de continuité: bien qu'ils doivent souvent attendre longtemps sur l'infirmière, ils ont confiance dans le fait qu'elle va venir. Parfois l'infirmière ne s'est pas présentée ou une nouvelle infirmière venait à la place. C'est embêtant de re-planifier leurs activités. Quelquefois elles ne sont pas venues du tout et ça a été terrible, ils n'ont pas gardé le contact. Ils ne peuvent rien y faire, qu'attendre.</p> <p>Confiance dans les compétences des infirmières: généralement les patients ont une grande confiance dans les connaissances et les compétences des infirmières. Même si elles ne maîtrisaient pas tout en détail, le patient ne sent pas exposé à un danger, également avec des infirmières « extra » ils se sentent en de bonnes mains. Quelquefois ils ont senti que les infirmières n'étaient pas optimales dans leurs tâches, mais ils attribuent cela à un manque de temps plutôt qu'à un manque de compétences.</p>
Discussion	

	<p>donnent une échéance très large de leur passage, car cela signifie pour eux d’être « coincé » et d’attendre. Les patients étaient conscients de leur dépendance envers les visites des infirmières et ont adapté leur vie en conséquence. Comme ils avaient peu de chance d’influencer leurs horaires, ils ont dû reconnaître le pouvoir des infirmières sur leurs routines. Hewitt-taylor suggère qu’une des fonctions de l’infirmière est d’avoir des connaissances et des informations et de les utiliser. Malgré cela les patients expriment encore un sentiment d’indépendance et leur implication dans leurs soins. Les patients estiment aussi avoir suffisamment de pouvoir pour fixer les limites à leur traitement et leurs soins.</p> <p>Rundqvist décrit l’empowerment comme une infirmière qui a confiance en les capacités du patient et lui donne la capacité de prendre le contrôle et la responsabilité de sa propre vie. Dans cette étude les patients n’ont pas montré, en dépit du fait qu’ils attendaient les visites, de signe d’impuissance dans leur relation avec les infirmières ou leurs soins. Lorsqu’ils ne supportent pas quelque chose ils peuvent l’exprimer, mais ils choisissent de s’abstenir le plus longtemps possible.</p>
<p>Conclusion</p>	<p>Cette étude a révélé une dualité dans la façon dont les patients ont perçu les SAD.</p> <p>D’une part les patients étaient conscients que les SAD étaient leur choix et qu’ils pouvaient maintenir leur dignité et leur auto-détermination étant donné qu’ils sont dans leur propre maison. D’autre part les patients ont jugé irritant d’avoir à attendre sur les visites des infirmières et d’avoir des appels d’infirmières alors inconnues. Ils ont trouvé dégradant de devoir adapter leurs propres activités sur celles des infirmières.</p> <p>Les patients équilibrent cette dualité par des explications rationnelles dans les lacunes des soins infirmiers et n’ont admis aucun sentiment d’impuissance ou de <u>disclosure ??</u> Ils ont exprimé l’indépendance, la force et l’estime de soi qui ont augmenté leur empowerment dans leur relation avec les infirmières, bien qu’en pratique ils soient en position de dépendance.</p> <p>La connaissance de cette étude peut conduire à l’amélioration de la pratique clinique et développer des routines qui tiennent compte de la continuité et de la planification du temps. Les infirmières devraient avoir à l’esprit que pour de nombreux patients la visite est un événement social que le patient attend avec impatience.</p>
<p>Implications pour la pratique</p>	<p>Les infirmières devraient voir les patients à domicile comme des individus qui ont la capacité de maintenir leur dignité et leur auto-détermination.</p>

26 GRILLES E4

Defining roles, relationships, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study

Mc Garry J., université de Nottingham, Derby, UK

Health and Social Care in the Community (2008) 17(1), 83–91, Grande-Bretagne

26.1 GRILLE D'ANALYSE CRITIQUE

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Analyse objective (méthodologique et scientifique)	Analyse subjective
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Il énonce clairement les problématiques relationnelles rencontrées à domicile (phénomène d'intérêt) par les infirmières, la méthode de recherche et les patients cibles (les personnes âgées). Le PICO est respecté.	Bon titre, permet de saisir le phénomène. Manque toutefois de précisions quant au point de vue car il s'agit ici de celui des patients <u>et</u> des infirmières.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Pose bien le cadre des SAD, son augmentation et les problèmes relationnels rencontrés dans ce contexte. La méthode (ethnographique) et le but de la recherche sont présentés. Les participants (13 personnes âgées et 16 infirmières communautaires) et les résultats sont aussi présentés. Manque le cadre théorique.	Bon résumé, permet bonne vision de l'article. Manque cadre théorique.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			La relation soignant-soigné est spécifique à domicile, l'approche y est différente par rapport au milieu hospitalier, les rôles et le pouvoir sont différents, et il y a plus de partage des émotions à domicile. Ce contexte est multidimensionnel et mérite d'être exploré car peu d'études sur les interactions entre les personnes âgées et infirmières à domicile, bien que certains auteurs aient soulevé qu'il y ait des difficultés. Le but de l'étude est d'explorer	La problématique est bien amenée et claire.

					la nature de la relation soignante à domicile entre les personnes âgées et les infirmières, afin d'examiner son impact sur les soins.	
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Le phénomène est bien exploré dans son ensemble : références multiples sur les SAD, les relations soignants-soignés, les spécificités des dimensions du domicile.	Beaucoup de références. Bon background → rejoint quasi toute notre problématique.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	La base philosophique et l'idéologie ne sont pas mentionnées. Le concept du domicile et ses dimensions sont tout de même exposés dans le background, ainsi que certains aspects de la relation soignant-soigné.	Concepts sous-jacents dans le background.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?			X	Elles sont formulées implicitement avec le but de la recherche, à savoir quelle est la nature des relations soignantes entre les infirmières et les personnes âgées vivant à domicile et quel est son impact sur les soins dispensés dans ce cadre ?	Questions implicites.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Elles suivent logiquement l'état des connaissances est bien documenté par des recherches antérieures ainsi que les données actuelles par rapport au développement des SAD.	Décourent du background qui contient recherches antérieures et concepts. Manque l'idéologie.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser			X	Approche ethnographique avec observations détaillées et interviews. La collecte de données s'est faite entre février 2004 et août 2006. Le temps sur le terrain paraît un peu long, mais en accord avec une étude ethnographique qui doit s'ancrer sur le terrain.	L'auteur parle de 12 mois de recherche entre février 2004 et août 2006 → ?? correspond à 2 ans. Imprécisions de l'auteur

	<p>les données correspond-elle à la tradition de recherche ?</p> <p>-Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?</p>					
Popula- tion et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			16 infirmières : 5 DN, 9 RN, 2 aides-infirmières. 13 personnes âgées : 2 hommes et 11 femmes, de 70 à 94 ans. Contexte : Centre de soins de santé primaire, Royaume-Unis. Population et contexte bien décrits, avec les critères de sélection (cf grille résumé).	Bonne population, relativement nombreuse. Bonne description, permet transférabilité. Manque toutefois pathologies des personnes âgées.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Pas mentionné	Jamais mentionné !
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les données ont été collectées par des observations détaillées, des entrevues et une analyse de ceux-ci. Les observations sont bien décrites (où, combien, comment → cf grille résumé). Les interviews semi-structurées (29) contenaient des questions ouvertes combinées à une série de questions structurées.	<p>Méthode bien détaillée.</p> <p>Manque peut-être les questions posées lors des entretiens.</p>
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Le choix du recueil de données par observations et entretiens correspond au phénomène, de type exploratif.	A nouveau exploratif ! rejoint les autres articles.

Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>	X			<p>La procédure est décrite, l'auteur détaille sa population, la méthode de recueil de données et d'analyse de celles-ci.</p> <p>Le comité local d'éthique de la recherche a approuvé cette étude. Tous les participants ont été informés de leur droit de se retirer à tout moment. Toutes les données ont été codées afin de préserver l'anonymat et confidentialité.</p>	Procédure et aspects éthiques ok.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Le déroulement de l'étude est bien étayé, malgré quelques imprécisions (dates sur le terrain). La sélection de la population est bien décrite, ainsi que le recueil et l'analyse des données, effectués selon les critères de rigueur méthodologique.	Crédibilité diminuée par le fait qu'il n'y a qu'un auteur. Sinon bonne méthodologie dans l'ensemble, malgré quelques flous.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Méthode bien décrite dans l'ensemble. Les entretiens ont été enregistrés, retranscrits. Les observations ont été notées d'abord sous forme de prises de note puis développées dans un compte rendu à la première occasion. Toutes les données ont été indexées et codées manuellement selon le modèle analytique (Ritchie et Lewis, 2003). Les thèmes explorés et clarifiés par la suite dans les entretiens ont été mis en évidence.	<p>Codage avec modèle de Ritchie et Lewis (2003).</p> <p>Bonne description de l'analyse, manque peut-être de précision dans la méthode de codage et catégorisation.</p>
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Le lieu de soins : important le domicile, les personnes âgées s'y sentent moins des numéros qu'à l'hôpital. Aspects relationnels différents, plus proches à domicile, connaissent mieux les patients (identité). Plus de temps aussi dans les SAD, valeur importante pour les infirmières et les patients. Relation se construit. Les documents administratifs sont des freins à cette construction.</p> <p>La nature de la relation : les infirmières à domicile ont un peu de mal à définir leur rôle, bien qu'il soit lié aux besoins des patients, ce n'est pas juste une petite visite. Leur rôle est</p>	<p>Notion d'identité plus présente à domicile.</p> <p>Frein à la relation : documents administratifs → à nouveau des numéros ??</p> <p>Difficulté à définir leur rôle, complexe et important.</p>

					<p>complexe et important. Leur relation est souvent qualifiée d'amitié professionnelle. Pour les infirmières il est difficile de jongler entre personnelle et professionnelle. Pour les patients, leur relation est clairement réciproque et ne font pas la nuance du rôle professionnel. Une histoire commune entre les patients et les infirmières améliorent la relation (proximité géographique, connaissance de longues dates, des amis)</p> <p>La signification de la maladie et de la mauvaise santé : notion de partenariat, d'empowerment et de participation quasi nulles avec les personnes âgées, ils se voient comme des assistants, passifs selon les infirmières. Les personnes âgées acceptent leur sort et vivent avec leur maladie. Des négociations sont cependant présentes pour qu'ils tolèrent un soin.</p>	<p>Amitié professionnelle</p> <p>Point de vue patient : pas de nuances professionnel/personnel → idem autre étude.</p> <p>Aspect communautaire semble important → idem autre article</p> <p>Peu de partenariat avec les PA, acceptation → dû à l'âge ?? aspect générationnel ?</p> <p>Négociations présentes.</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			<p>Les aspects des différents rôles (professionnel et personnel) sont discutés par rapport à la relation, différente et plus importante à domicile. Les valeurs relationnelles fondamentales des soins infirmiers semblent s'y retrouver (cf grille résumé, discussion). Ces aspects sont bien mis en lien avec les recherches antérieures. Le rôle infirmier à domicile est complexe et comble souvent de vastes lacunes (social et sanitaire).</p>	<p>Valeurs fondamentales des soins infirmiers, par la relation ?</p> <p>Infirmière = pilier du soutien à dom.</p>
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?			X	<p>L'auteur mentionne la petite échelle de l'étude qui ne permet dès lors pas de généralisation empirique. Cependant, c'est une étude qui permet d'explorer le phénomène en profondeur, et donne ainsi des pistes pour la pratique infirmière à domicile.</p>	<p>Pas hyper claire par rapport à la généralisation des résultats.</p>
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			X	<p>Une seule limite est décrite par l'auteur : la petite échelle de l'étude. Nous en voyons cependant d'autres, la plus flagrante est qu'il n'y ait qu'un seul auteur, ce qui diminue sa crédibilité, bien qu'il remercie un professeur et un docteur pour leur aide et leur soutien. D'autres limites sont mentionnées ci-dessous.</p>	<p>L'auteur aurait pu être plus critique face à son étude.</p> <p>Aide de deux personnes ré-augmente sa crédibilité.</p>
Perspec-	-Les chercheurs traitent-ils des			X	<p>Les auteurs mettent en avant la nécessité d'explorer de manière approfondie les soins infirmiers dans ce milieu, afin que toutes</p>	<p>L'auteur aurait pu décrire plus clairement et/ou regrouper les</p>

tives	conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				les facettes de ce rôle soient reconnues et valorisées. Les implications pour la pratique sont implicites au travers des résultats.	implications pour la pratique dans une conclusion.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Dans l'ensemble l'article est bien écrit. L'auteur semble toutefois manquer de rigueur dans sa structure : il manque une conclusion et la base philosophique. Il semble aussi se perdre un peu dans la description de la méthode (dates ne concordent pas). Une bonne analyse est cependant tout à fait possible car le reste de l'étude est conforme aux normes de recherche.	
Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats sont crédibles car ils ont été bien analysés, en profondeur. Ils sont très intéressants pour la pratique et donnent une vue d'ensemble des rôles et relations dans les soins à domicile. Avec une limite de transférabilité due à la population qui n'est constituée que de personnes âgées.	
Limites de l'étude	Un seul auteur Flous dans les dates passées sur le terrain, ne concordent pas. Pas de saturation des données La population ne contient que des personnes âgées de plus de 65 ans → perception de la maladie différente : moins d'implication dans les soins → aspect générationnel où le biomédical est « tout-puissant » ??					

26.2 GRILLE TRADUCTION-RÉSUMÉ

Defining roles, relationships, boundaries and participation between elderly people and nurses within the home: an ethnographic study

Mc Garry J., université de Nottingham, Derby, UK

Health and Social Care in the Community (2008) 17(1), 83–91, Grande-Bretagne	
Enoncé du problème	La relation soignant-soigné est spécifique à domicile, de par ce contexte. L'approche est différente par rapport au milieu hospitalier, les rôles et le pouvoir sont différents, et il y a plus de partage des émotions à domicile. Ce contexte est multidimensionnel et mérite d'être exploré car peu d'études sur les interactions entre les personnes âgées et infirmières à domicile, bien que certains auteurs aient soulevé qu'il y ait des difficultés. Le but de l'étude est d'explorer la nature de la relation soignante à domicile entre les personnes âgées et les infirmières, afin d'examiner son impact sur les soins.
Recension des écrits	<p>Étude sur augmentation des soins c/o PA, surtout à domicile. Initiatives socio-politiques pour continuer le développement des SAD, incontournables maintenant. La portée et l'élargissement des SAD ont aussi eu lieu. Certaines études ont mis en évidence les interactions dévalorisantes entre infirmières et les personnes âgées, mais très peu dans le contexte des SAD. Des études sur SAD ont mis en évidence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - que les soins s'inscrivent dans la vie réelle du patient et où celui-ci a une part égale de contrôle de la relation soignant-soigné. - que l'approche est différente à domicile qu'à l'hôpital. - bien qu'exprimée, la notion d'invitée des infirmières à domicile n'est pas univoque : cela dépend de la perception des patients de leur relations avec les infirmières dans leur domicile, liée par ex. à comment leur maison est « médicalisée ». - peu de preuves concluantes sur les paramètres de la relation soignant-soigné à domicile. <p>Une étude sur soins palliatif à domicile suggère que le lieu permet davantage l'expression des émotions des infirmières, étant donné que l'environnement est proche de celui d'une maison l'émotion y est plus acceptable. Une étude a mis en évidence le travail émotionnel des travailleurs au sein du domicile. Une autre étude parle de proximité symbolique où un lieu de soins (ici aigus) devient symboliquement un espace domestique. Plusieurs études suggèrent que le domicile contient des valeurs et significations multiples, ce contexte est multidimensionnel et il manque de preuve sur l'expérience des relations dans ce lieu.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Manque, concepts développés ci-dessus.
Devis de recherche	Approche qualitative, étude ethnographique.
Population et contexte	16 infirmières : 5 DN, 9 RN, 2 aides-infirmières avec une expérience de 4 mois à 24 ans. 13 personnes âgées : 2 hommes et 11 femmes, blancs, de 70 à 94 ans. Reçu des SAD depuis 2 mois à 8 ans. Contexte : Etude réalisée dans un Primary Care Trust, UK. Les participants ont été sélectionnés par un échantillonnage raisonné (Ritchie et Lewis) : patients par leur potentiel de contribuer à l'étude et infirmières par leurs connaissances et expérience des SAD.
Collecte et analyse des données	Les observateurs avaient un rôle observateur et/ou participaient également aux soins--> 47 journées d'observation participante. Les journées comprenaient les visites aux patients, visites chez le généraliste, réunions d'équipes, interdisciplinaires et administratives. Les interviews semi-structurées : questions ouvertes combinées à une série de questions structurées. Transcriptions et enregistrements examinés → nouveaux thèmes et

	concepts identifiés et explorés dans les entretiens suivants. Les entretiens se sont faits environ 6 mois après la période d'observation et ont permis de clarifier les concepts émergents. Toutes les interviews ont été faites sur le lieu choisi par le participant : les patients à leur domicile et les infirmières dans des locaux de leur travail. Durée d'un entretien entre 45 et 90 min. 29 entretiens avec les infirmières (16 initiales et 13 deuxièmes). Tous les entretiens ont été enregistrés, retranscrits et réexaminés par rapport à l'enregistrement. Les observations ont été d'abord des prises de note puis développées dans un compte rendu à la 1 ^{ère} occasion. Toutes les données ont été indexées et codées manuellement selon le modèle analytique (Ritchie et Lewis, 2003). Les thèmes explorés et clarifiés par la suite dans les entretiens ont été mis en évidence.
Résultats	
1. Le lieu des soins	<p>Les infirmières ont utilisé le lieu de soins pour souligner les valeurs fondamentales des soins infirmiers. En passant un jour dans les soins à domicile, une infirmière n'a plus voulu travailler ailleurs. <u>Pour les personnes âgées</u>, le lieu des soins est important aussi. Ils ont un cadre de référence des soins créé par l'hôpital, l'accent a été mis alors sur les aspects relationnels spécifiques des soins à domicile. Aucune mauvaise infirmière aux SAD. L'impression d'être un « numéro » à l'hôpital a été relevé, une routine. N'ose pas faire trop de bruit à l'hôpital. <u>Pour les infirmières</u>: voir les patients dans leur environnement, objets qui les relient à leur vie, leur histoire est un aspect important. Ecouter les personnes âgées parler de leur expérience = partie agréable, apprend quelque chose des patients qui permettent de mieux les comprendre. L'importance de la place en tant qu'identité personnelle est relevée dans la littérature. Le domicile préserve et donne du pouvoir au sens de l'identité personnelle.</p> <p>Le concept du temps était un élément central, dans le sens d'avoir du temps et d'être intéressé. Le temps est une valeur, une qualité dans les soins. Une des raisons pour lesquelles une RN est venue dans les SAD, à l'hôpital c'est trop orientée tâches, pas le temps d'être avec le patient. Pour les PA aussi, temps = denrée rare à l'hôpital. Les infirmières ont décrit la 1^{ère} évaluation comme le moyen d'établir et développer la relation avec le patient, elle permet de « semer les graines » de la relation future. Les infirmières pensent qu'il faut quelques visites pour apprendre à connaître le patient et que si l'on s'y prend bien, les graines germeront. Par contre les documents administratifs sont un frein à ce développement de bonne relation, ils sont contre-intuitifs et mettent une barrière aux conversations naturelles → difficile de « recadrer » le patient sur les infos nécessaires sans le braquer. Les infirmières ont développé certaines stratégies pour contourner ces contraintes administratives. Par ex elles ne regardent les documents qu'à la fin de l'entretien pour être sûres de ne rien avoir oublié et reste ainsi bien en contact avec le patient durant la rencontre. Par contre cela crée un coût personnel et professionnel supplémentaire car elles remplissaient les documents sur leur temps ou à la maison ce qui n'est pas autorisé.</p>
2. La nature des relations	<p>Les infirmières de district ont clairement défini leur rôle auprès de patients ayant besoin de soins. Leur rôle leur paraît aussi souvent mal compris de la part d'infirmières d'autres secteurs qui nomment ce rôle « pop-in » (faire une petite visite), par ex. avec une lettre de transfert de l'hôpital qui demande d'aller voir si le patient va bien. Mais il est aussi clair pour les infirmières qu'il est difficile de définir clairement leur rôle complexe par rapport aux besoins de soins. Par ex. elles pensent que déléguer leurs patients à d'autres services leur serait préjudiciable.</p> <p>Limites professionnelles avec les patients, <u>amitié</u> : pour les infirmières : les relations ont souvent été qualifiées d'amitié professionnelle où la nécessité de maintenir une distance est présente, ainsi que d'effacer les frontières. Difficile à définir et à décrire dans l'environnement du domicile. → jongler dans le savoir-être. Cependant il y a des tensions considérables pour démarquer clairement la différence entre amitié professionnelle et privée avec les personnes âgées. Une infirmière auxiliaire voit clairement 2 rôles : celle de professionnelle (je fais mon job) et celle d'amie. Les</p>

	<p>infirmières cherchent activement à évaluer et développer leur relation avec les patients. Elles reconnaissent le problème du rôle de « policier » professionnel dans le maintien des relations. Il est aussi parfois difficile de mettre trop de barrières et/ou de revenir à des relations moins personnelles. Les personnes âgées décrivent leurs relations avec les infirmières comme des amitiés. Ils ne font pas la nuance du rôle professionnel et parlent de réciprocité. Par ex un patient a pu soutenir une infirmière lors d'une visite. <u>Famille ou analogie de la parenté</u>: ils utilisent, pour décrire la proximité et/ou l'importance de la relation : l'histoire partagée et la qualité des soins infirmiers. Accentuée pour les infirmières par le fait de voir vivre les gens au quotidien et dans leur quotidien, pendant des années, rencontrer leur famille et amis. Les liens avec les membres de la famille des patients sont aussi importants. Un impact positif considérable est créé par la proximité géographique de l'infirmière et la durée de son travail dans le secteur → histoire commune importante pour patient et infirmière → une de nous, plus rassurant que quelqu'un d'ailleurs si tel en pleine nuit. Bien que l'histoire commune soit une aide à la relation, certaines fois, les infirmières évitent d'aller chez les patients qu'elles connaissent.</p>
3. Le sens de la mauvaise santé et de la maladie	<p>Les infirmières disent que les personnes âgées acceptent leur maladie et l'intègre dans leur vie, dans leur corps, apprennent à vivre avec (→ concept trajectoire) La notion de partenariat, d'empowerment et de participation des personnes âgées dans leurs soins étaient quasi nulles → patients très passifs, font ce que leur dit les infirmières. Différentes frontières dans la relation soignant-soigné ont aussi été mises en évidence autour de l'appartenance du matériel de pansement, des traitements et des carnets de bord des soins. Ces différentes choses sont décrites comme appartenant à l'infirmière. Les plans de soins laissés volontairement par les infirmières chez les patients pour les inciter à y participer sont décrits comme n'étant pas « leur affaire ». Les personnes âgées se voient, dans leur processus de traitement, comme des assistants (ils préparent le matériel avant, mais ne font rien en étant seuls). Les personnes âgées décrivent aussi comment elles négocient certains soins, lorsque ceux-ci ont un impact sur leur quotidien ou les impliquent directement. Les infirmières parlent aussi de cette négociation des soins en regard de la situation spécifique et des spécifiques besoins de soins dans la vie quotidienne. Par ex. si un patient ne veut pas telle sorte de bandage, les infirmières font le bandage avec ce qu'il est prêt à tolérer, le but est qu'il soit confortable et qu'il le garde.</p>
Discussion	
	<p>Les soins infirmiers à domicile ont beaucoup changé, mais peu d'études sur ce sujet quelque peu négligé malgré le développement des soins hors hôpital (Mc Garry, 2003). Dans cette étude, les frontières entre côté professionnel et côté personnel de la relation sont souvent franchies. Cela ne veut pas dire que les infirmières ne sont pas professionnelles, mais que leur rôle à domicile ne cadre pas avec les relations traditionnelles soignant-soigné. De même, comme il était évident que les personnes âgées supportent les relations traditionnelles d'experts, là ils font des choix et négocient les pratiques de soins. Les résultats suggèrent que la relation infirmière-patient est plus importante pour chacun d'eux. Cela a été exprimé de nombreuses fois, au travers de la longévité, la continuité, la famille et la parenté. Les infirmières parlent de valeur thérapeutique de leurs visites, et réaffirment leurs valeurs fondamentales d'infirmière.</p> <p>C'est aussi là que sont survenus les plus grandes tensions entre les théories de soins professionnels et la réalité pratique → pratique exceptionnelle de soins des infirmières communautaires (Yonge et Molzahn, 2002). Dans cette étude, les infirmières comblent souvent les lacunes à domicile, elles fournissent la colle nécessaire pour maintenir le statu quo, faire les ponts afin de fournir des soins holistiques. Ce rôle de « colle » a été décrit dans d'autres milieux → résonance ici car les infirmières jonglent entre soins et social, sont flexibles et donnent un niveau élevé de soins.</p> <p>La raison pour entreprendre le travail de cette manière était associée à la façon dont les infirmières construisent leur relation dans ce contexte avec</p>

	<p>les personnes âgées. Comme déjà mis en évidence (Millard, 2006), impossible de séparer professionnel et personnel. Les infirmières sont souvent égales à des piliers du soutien à domicile. Beaucoup de recherches dans ce contexte sont cependant restées invisibles et difficiles à quantifier. Ces travaux ayant été intégrés à la pratique infirmière, encore plus difficile de prendre la réelle mesure du rôle infirmier à domicile (Low, 2002).</p> <p>Les soins infirmiers communautaires constituent un contexte « attaqué » en termes d'organisation et de rôles depuis plusieurs années. La plupart des études concernant les SAD ont analysé les tâches plutôt que de capturer la complexité des soins fournis dans un contexte de domicile.</p> <p>Une limite des conclusions présentées ici est la petite échelle de l'étude, cependant le but de l'étude a été respecté: compte rendu détaillé des expériences entre infirmières et patients à domicile. Les problèmes mis en évidence soulèvent d'importantes questions par rapport au lieu de soins et comment les infirmières communautaires y ont transféré leur pratique. Ce n'est que par une exploration et une réflexion complète des soins infirmiers dans ce milieu que toutes les facettes de ce rôle pourront être reconnues.</p> <p>Tout comme les compétences et l'expertise infirmière ne doivent pas être sous-évaluées, les qualités thérapeutiques de son rôle ne doivent pas l'être non plus. Comme les soins continuent à se déplacer de plus en plus vers le domicile, il est crucial que les qualités relationnelles implicites de l'infirmière évaluées dans ce contexte, qui contribuent à la qualité des soins, soient reconnues et plus explicites à un niveau organisationnel et politique.</p>
--	--

27 GRILLES E5

Striking a professional balance: interactions between nurses and their older rural patients

Corbett S. & Williams F. @University of Aberdeen, Pays de Galles, UK

British Journal of Community Nursing April 2014 Vol 19, No 4

27.1 GRILLE D'ANALYSE CRITIQUE

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Analyse objective	Analyse subjective
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le problème de recherche est bien présenté. Le Pico est totalement explicité.	On ne sait toutefois pas avec le titre si l'article va parler du point de vue des infirmières ou des patients.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			L'introduction est présente ainsi que la méthodologie et le contexte. Les principaux résultats sont aussi présentés. Il manque toutefois le cadre théorique.	Structure plus littéraire que scientifique, mais bon résumé dans le contenu. Donne une très bonne vision de l'article.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Dans un contexte rural, les professionnels et leurs patients vivent dans les mêmes cercles sociaux et les frontières relations professionnelles-amicales peuvent créer des tensions. L'article considère le point de vue des patients et des professionnels et discute des limites professionnelles appropriées et des besoins des patients par rapport à cela.	Problème bien énoncé, de façon claire.
Recension	-Résume-t-elle les connaissances sur le	X			Nombreuses références par rapport à chaque idée soulevée : isolement social des personnes âgées à domicile, limites	Très bien référencée.

des écrits	problème ou phénomène étudié ?				relationnelles des professionnelles. Les cadres conceptuels sont également bien référencés.	
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	La base philosophique et/ou idéologique de la recherche ne sont pas mentionnées. Nous voyons comme cadre conceptuel les interactions personnelles et sociales entre les infirmières et les personnes âgées vivant à domicile.	Interactions patients-infirmières bien contextualisées dans le domicile. Cite Mc Garry (2008)
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Plusieurs questions sont clairement formulées : lorsque la relation se prolonge sur le long terme, quelles sont les limites professionnelles acceptables ? Quelles informations personnelles peut-on divulguer lorsqu'on vit dans la même communauté? Ce partage d'infos personnels est-il bénéfique pour certains patients ou au contraire nuisible ? Quel est l'avis des patients ?	Questions très claires et explicites,
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Oui elles découlent bien de l'état des connaissances.	Terminent logiquement la problématique.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la	X			Le devis qualitatif de type étude de cohorte est mentionné. Les entretiens semi-dirigés ainsi que l'observation correspondent tout à fait aux méthodes de recherche qualitative. Etant donné qu'il y a 2 types de population, il y a 2 études de cohorte simultanées. Le temps imparti est correct (30 à 70 min par entretiens).	Le devis reste un peu flou dans l'article, l'étude de cohorte n'est mentionnée que plus tard, ce qui reste toutefois en accord avec la tradition de recherche qui évolue au fil des données obtenues.

	tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?					
Popula- tion et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Le cadre et l'échantillon sont très bien décrits : n=16, 10 personnes âgées et 6 soignants (4 inf. communautaires et 2 soignants). Un tableau bien détaillé décrit les caractéristiques socio-sanitaires des 10 patients participants à l'étude, ce qui augmente possibilité de transfert des résultats.	Le <i>n</i> reste petit, mais est bien décrit Population souffrant de douleurs chroniques
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Pas mentionné.	Jamais mentionné !
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Des entretiens semi-structurés et des observations lors des interventions à domicile. Les auteurs précisent leurs cibles lors des entretiens (nature des interactions et expériences des patients vivant avec une douleur chronique). Les méthodes des observations ne sont toutefois pas précisées.	Cibles des entretiens précisées, mais observations pas décrites.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Les entretiens et les observations correspondent au phénomène étudié qui cherche à explorer les limites relationnelles de la relation patient-soigné.	Ok
Déroule- ment de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			La sélection des participants est décrite. La durée des entretiens, la période de leur réalisation ainsi que la direction dans laquelle ils étaient dirigés. Un petit manque	Procédure relativement bien décrite.

	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				de description par rapport aux observations. Un consentement éclairé a été signé par tous les participants. Toutes les données ont été retranscrites de manière anonyme et utilisation de pseudonymes dans les citations des résultats.	Pas d'approbation d'un comité éthique externe mentionné
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			La sélection de la population et le contexte sont très bien décrits, ce qui permet de voir dans quelle mesure les résultats sont transférables à d'autres contextes. Les chercheurs font preuve de rigueur dans la méthodologie de leur article (structure par chapitre : résumé, méthode, résultats, discussion)	Intéressant d'avoir l'avis des professionnels et des patients pour définir les modalités de la relation à domicile. Dommage que l'échantillon soit petit. La population reste toutefois relativement petite (n=16).
Résultats Traite- ment des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Les chercheurs ont utilisé le système NVivo 9 pour catégoriser leurs résultats, puis la conception hiérarchique analytique. Ces deux systèmes sont une preuve de crédibilité et de fiabilité des résultats.	NVivo 9
Présenta- tion des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>1. Force et longévité de la relation : délétère pour les personnes âgées si elles ne sentent pas cette relation de proximité. Forts sentiments d'appartenance sociale et émotionnelle avec les soignants qu'ils connaissent très souvent d'avant, en-dehors des soins. Très peu de roulement dans les équipes infirmières, qui soignent souvent plusieurs fois les mêmes patients ou leur famille. Essentiels d'être connecté et de bien se connaître.</p> <p>2. Valeur du lien social (non-clinique) : sujets principaux de discussion : événements dans la communauté (construction, fête), nouvelles locales « ragots », météo, événements familiaux (mariage, naissance, vacances). Les soignants conversent plus en lien avec les patients car sont influencés par objets de l'environnement, rebondissent</p>	<p>Patients ont besoin de proximité relationnelle</p> <p>Continuité des soins</p> <p>Se sentir connecté et bien se connaître</p>

					<p>dessus, avantage par rapport à milieu hospitalier. Visite à domicile = distraction de la douleur pour les personnes âgées = valeur thérapeutique, augmente leur bien-être psychologique. Occasion de sortir par procuration.</p> <p>3. Les distances appropriées : barrières professionnelles habituellement transgressées à domicile. Equilibre à trouver dans la quantité d'informations personnelles divulguées. Les infirmières utilisent leur expérience, leur connaissance des patients, selon le contexte et la situation.</p>	<p>Visite : valeur sociale</p> <p>Barrières, limites difficile à équilibrer.</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les recherches antérieures sont régulièrement citées et mises en lien. (cf grille résumé)	Bonne discussion, éléments importants bien ressortis.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Les auteurs mentionnent que la communauté est très stable, autant pour les patients que pour les soignants, ce qui peut accentuer la « force » des relations. Les résultats sont cependant transférables à des communautés similaires, avec des patients isolés.	Manque l'aspect de pathologie cible (douleur chronique) qui peut empêcher transférabilité.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Ils mentionnent le fait que les soignants n'ont pas beaucoup d'autres possibilités d'emploi, une stabilité « forcée ». Il y a également une limite dans le fait que la population à l'étude se trouve dans des relations de longue durée, ainsi que dans un contexte rural, ce qui modifie le type de relations. Le petit échantillon employé est également une limite	Limites clairement posées par les auteurs et pertinentes.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et	X			Ils parlent de l'importance de soutenir cette relation de proximité avec les personnes âgées. Il est important que les professionnels soient au clair avec ces bénéfices, les limites également. Auprès des employeurs également, afin qu'ils soutiennent le développement de cette relation auprès de	Infirmières peuvent avoir besoin de soutien afin de distinguer auto-divulgateur appropriée et inappropriée

	sur les travaux de recherche à venir ?				leurs employés. Une conséquence mentionnée est la peur que pourrait susciter ce franchissement des limites pour les professionnels et ainsi inhiber leurs relations. Recherche nécessaire pour valoriser la valeur sociale des visites qui influence le bien-être	Distance relationnelle « imposée » par la formation, pas forcément positif !!
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est clair, il fait référence aux interviews pour bien expliciter chaque catégorie de résultats. La méthodologie est également bien respectée.	
Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Malgré le petit échantillon, les résultats sont utiles pour la pratique infirmière dans un milieu des soins à domicile et offre des pistes d'actions intéressantes pour les soignants.	
Limites	Aspects éthiques : une brève allusion à un accord de comité éthique pour l'article est mentionnée, bien que les auteurs mentionnent aussi l'anonymat et le consentement éclairé des participants, accord externe pas très clair. Pas de saturations des données Population souffrant exclusivement de douleurs chroniques.					

27.2 GRILLE TRADUCTION-RÉSUMÉ

Striking a professional balance: interactions between nurses and their older rural patients

Corbett S. & Williams F. @ University of Aberdeen, Pays de Galles, UK

British Journal of Community Nursing April 2014 Vol 19, No 4	
Enoncé du problème	Les personnes âgées, surtout en milieu rural, peuvent souffrir de l'isolement. Il a été démontré que les visites des infirmières, de par leur aspect social, sont des contacts sociaux primordiaux tout autant importants que les soins. Il en ressort des amitiés professionnelles (proximité affective). Des tensions surviennent toutefois par rapport aux limites professionnelles appropriées, surtout dans un contexte rural où les cercles sociaux professionnels-patients se rejoignent. But de l'étude : recherche des limites appropriées pour les 2 parties, ainsi que d'après les besoins des patients.
Recension des écrits	Nombreuses références, concept intégré avec la recension.
Cadre théorique ou conceptuel	Interaction infirmières/personnes âgées à domicile. Habituellement les infirmières utilisent une communication centrée sur la personne et il n'est pas approprié pour un professionnel de parler de soi aux patients. En outre, l'infirmière se doit, selon NMC, de maintenir des limites professionnelles appropriées et cela est considéré comme un échec professionnel si elle ne les maintient pas. Toutefois, il arrive que les patients et infirmières se connaissent déjà avant les soins, le passage de ces limites est alors inévitable. Cela contribue même à renforcer le lien relationnel et la compréhension de la situation . Cependant, transgresser ces limites altère le jugement et l'objectivité, ce qui peut devenir néfaste pour la relation professionnelle . Trouver la différence entre les frontières acceptables ou non crée des tensions chez les professionnels, surtout lorsque la relation se poursuit sur des années. Quelles sont les limites du partage? Qu'est-ce qui est bénéfique ou non à la relation et pour le patient ?
Devis de recherche	Etude qualitative, étude de cohortes
Population et contexte	n= 16 : 10 personnes âgées entre 60 et 79 ans ont été sélectionné, dans une zone rurale, souffrant de douleur chronique et recevant des prestataires sociaux ou de santé 1x/sem. 6 soignants socio-sanitaires : 4 infirmières communautaires et 2 soignants donnant des soins à domicile. Elles ont été observées sur place et interrogées par la suite. Choix des participants résumé dans tableau 1, recrutés par les équipes locales de soins infirmiers. Consentement éclairé de tous les participants.
Collecte et analyse des données	Un échantillonnage raisonné a été utilisé pour sélectionner les participants à 2 études de cohorte, en accord avec les autorisations éthiques nécessaires pour l'étude. Entretiens et observations entre février et juillet 2013, les entretiens ciblaient l'expérience des personnes vivant avec une douleur chronique et la nature et la valeur perçue de l'interaction sur leur santé et entre le soignant et le patient. Durée des entretiens : 30 à 70 min, enregistrés puis retranscrits de manière anonyme. Analyse ensuite avec Nvivo 9. Analyse qualitative des données selon la conception de hiérarchie analytique, laquelle permet un processus itératif d'analyse, ouverts aux thèmes émergents, tout en maintenant les liens avec le contexte d'origine. →catégories sont ressorties et regroupées en thèmes.
Résultats	
1. Force et longévité	Les relations étroites en santé communautaire et/ou soins de longue durée sont reconnues pour leur valeur thérapeutique et la satisfaction professionnelle. Connaître l'autre et se sentir connecté sont essentiels. Il est délétère pour les personnes âgées si elles sentent que les soignants ne

de la relation de soins	veulent pas construire de relation étroite avec eux (s'ils ne posent que des questions relatives à la santé par ex.) Les personnes âgées expriment des sentiments d'appartenance social et émotionnels forts avec leurs soignants, et pas seulement reliés à la maladie. Beaucoup de personnes âgées connaissent leurs soignants depuis des années, hors contexte des soins. Moins de soignants et mieux les connaître → relations plus solides. Noyau de 10-12 soignants connus => n'entravent pas la solidité des liens. Les personnes âgées expriment cependant leur préférence pour certains soignants d'après intérêts communs, années qu'ils se connaissent, rapport spécial, appréciation de leur façon de faire. Les infirmières signalent aussi un faible roulement des équipes. Chacune ont un minimum de 10 ans d'expérience dans la communauté → patients ou leur famille suivis plus d'une fois.
2. La valeur du lien social (non-clinique)	Les sujets principaux de discussions non-cliniques mentionnés par tous les participants sont : les événements dans la communauté (nouveau bâtiment, fête), les nouvelles ou « ragots » de la presse locale, les sujets d'intérêt commun (impact météo sur jardin, cultures), les événements dans la famille (mariage, vacances, bébés). Une étude de Mc Garry (2008) a démontré que les infirmières sont plus à même de comprendre la situation de leurs patients dans leur environnement, entourés de leurs objets de toute une vie. Ce résultat est appuyé par les observations de l'étude TOPS (dont fait partie cette étude), car les soignants conversent avec les patients en réponse aux infos de l'environnement, indisponible en milieu hospitalier. Les professionnels de la santé ont reconnu le lien entre l'isolement social et la douleur chronique et par conséquent, la valeur thérapeutique de leur compagnie et conversation comme distraction à la douleur des patients et augmentant leur bien-être. Les bienfaits de l'humour sur le bien-être psychologique a été mis en évidence dans la gestion de la douleur chronique (Blomqvist..., 2002). Les personnes âgées vivent avec leur douleur et ils utilisent des techniques pour y faire face comme : l'humour, la conversation, activités de distraction, médiation. Autres sujets de conversations, sortir des habitudes, occasion de découvrir le monde pour ceux qui ne sortent plus beaucoup, soignants = ancrage à réalité, Les soignants voient toute l'importance de nourrir l'intérêt des patients pour le monde extérieur (parler des activités où ils aimaient aller). Les soignants disent aussi que prendre le temps de parler avec eux leur fait prendre conscience de leur individualité, ce qu'ils apprécient d'autant plus lorsque la charge de travail est lourde. Juste 5 min font beaucoup de différence, quelques nouvelles sont importantes pour patients Selon Mc Garry (2008), avoir du temps, s'intéresser à quelqu'un et les faire sentir valorisés est propice au développement de relation étroite patient-soignant. Ce scénario est favorisé par le contexte du domicile.
3. Les distances appropriées	La recherche suggère que les barrières professionnelles sont habituellement transgressées dans les SAD, surtout en milieu rural. Et que cela n'est pas forcément un comportement inadéquat et que cela pourrait être considéré comme une part normale et saine. Les soignants exposent quelques situations où ils doivent faire face à ces limites. La première est de trouver un équilibre dans la quantité d'informations personnelles qu'un patient demande et ce que le soignant est prêt à divulguer sur lui-même. Les soignants utilisent alors leur jugement professionnel et leur expérience pour déterminer ces limites. Ils utilisent aussi facteurs tels que : la connaissance antérieure des patients, la probabilité qu'ils divulguent les informations plus loin. 2 ^{ème} situation: lorsque les personnes âgées demandent des nouvelles d'autres personnes qui sont aussi suivis par SAD. Attitude professionnelle est alors très claire : les soignants disent clairement qu'ils ne peuvent pas en parler. Cependant il peut être difficile dans certaines situations, de déterminer les limites, surtout lorsqu'il semble y avoir des bénéfices à franchir la ligne. Parfois ils donnent certaines informations qui ne sont pas vraiment très confidentielles ou qui sont utiles pour la patiente. Les compréhensions des situations ne sont pas noires ou blanches et les professionnels décident selon leur compréhension. Ces décisions se basent sur l'expérience, les compétences, et se font au cas par cas, selon le contexte. Les limites se négocient aussi clairement selon les préférences des soignants et par leur interprétation de la situation.

Discussion	<p>Les relations des patients-soignants se sont développées dans cette étude sur une longue période, et ont été renforcées par une connaissance commune de leur communauté où ils vivent et/ou travaillent ou ont travaillé. Les résultats suggèrent que partager des informations sociales et personnelles durant les interactions aide à construire une confiance et un terrain d'entente. Les patients se sentent valorisés, et cela améliore leur connectivité sociale et leur bien-être psychologique. Ces résultats rejoignent une étude de 2007 dans un EMS qui montrait que des relations plus étroites ouvrent davantage d'échanges personnels de part et d'autre. Les soignants peuvent devenir très proches de leurs patients dans le long terme, ce qui est l'un des avantages des SAD. Cependant maintenir des limites professionnelles peut poser des défis, notamment pour garder sa vie privée et protéger la confidentialité des autres bénéficiaires. Les frontières sont des 2 côtés comprises comme limites non-dites, physiques et émotionnelles. Les personnes âgées sont très sensibles aux violations de ces limites. La différence entre une relation de soins et une qui va plus loin est particulièrement difficile à équilibrer dans les communautés des régions rurales où les relations de bienveillance se chevauchent avec celles socio-professionnelles.</p> <p>Ces défis ne sont pas bien décrits dans la littérature infirmière anglaise et il y a un danger, que dans un climat de récriminations par rapport aux soins aux pauvres paramètres « standards » des soins, que les soignants deviennent inhibés dans leurs interactions, par peur d'avoir un cpt inapproprié. Une relation étroite soignant-soigné doit s'efforcer d'être un but dans les interactions professionnelles et les infirmières peuvent avoir besoin de soutien afin de développer les compétences nécessaires pour faire la différence entre auto-divulgence appropriée ou inappropriée. De même, la valeur sociale des visites professionnelles pour le bien-être des personnes âgées est sous-explorée alors que la demande est en augmentation. Cette étude, de petite échelle, a eu lieu dans une communauté stable où il y a peu de migrations et d'immigrations. De plus, les possibilités d'emploi des soignants sont aussi limitées. Par conséquent les relations de longue durée peuvent être influencées par ceci et par conséquent, les résultats ne seront peut-être pas transférables à d'autres milieux. Mais il est probable qu'ils soient pertinents pour des soins infirmiers communautaires où les personnes âgées sont socialement isolées et par conséquent dépendants des SAD pour les liens sociaux.</p>
Conclusion	<p>Les soins aux personnes âgées souffrant de maux chroniques dans un milieu rural créé des conditions différentes des établissements. Les relations de soins peuvent durer des mois ou des années et prendre une dimension autre où les limites entre le privé et le professionnel deviennent floues. Cependant les infirmières doivent être confiantes dans le fait qu'être sociable et avoir des conversations non-orientées sur la santé sont un important soutien psychologique et peuvent même avoir une valeur thérapeutique plus élevée que l'intervention elle-même, pour les personnes âgées souffrant de maladie chronique. Il est extrêmement important que les infirmières comprennent ce que l'on entend par limites professionnelles et la différence entre les auto-révélation appropriées et inappropriées. Depuis qu'il a été démontré que des relations étroites sont bénéfiques pour la santé des personnes âgées, les infirmières devraient être encouragées dans cette voie, si elles s'en sentent à l'aise. Dans certains milieux, les équipes tournent régulièrement afin que les membres ne s'impliquent pas trop et soient ainsi protégés lors des décès. Les soignants pourraient s'éloigner d'eux-mêmes lorsqu'ils en sentent le besoin, bien que le scénario idéal serait que les employeurs reconnaissent le lien affectif et offre au personnel un soutien adéquat. Les résultats de cette étude montrent qu'il existe des arguments convaincants pour soutenir le développement et entretenir les relations étroites entre soignants et personnes âgées et que celles-ci sont bénéfiques pour les personnes âgées et les infirmières.</p>

28 GRILLES E6

The Meaning of a Positive Client-Nurse Relationship for Senior Home Care Clients with Chronic Disease

Turpin L.J., Mc William C. L. and Ward-Griffin C., Arthur Labatt Family School of Nursing, University of Western Ontario
Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement 31 (4) : 457–469 (2012)

28.1 GRILLE D'ANALYSE CRITIQUE

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Analyse objective (méthodologique et scientifique)	Analyse subjective
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le problème est bien explicité. La population : les personnes âgées à domicile souffrant de maladie chronique. Le phénomène d'intérêt : la bonne relation patient-infirmière. Le contexte : les soins à domicile.	Très bien, synthétique et explicite.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			La méthodologie et les principaux résultats sont présentés. Le cadre théorique de la promotion de la santé relationnelle pour les personnes âgées souffrant de maladies chroniques et vivant à domicile est mentionné. Il n'y a par contre pas d'introduction.	Bonne synthèse de l'article : but, méthode, principaux résultats.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Problématique bien amenée. Les auteurs développent les aspects de la promotion de la santé, qui intègrent les concepts de la relation, de l'éthique et de la salutogénèse, particulièrement présents à domicile. L'augmentation des maladies chroniques, des SAD et la question de l'autonomie des patients sont aussi discutées. L'article va traiter de la signification d'une relation de soins positive, du point de vue des personnes âgées (car celui-ci est moins documenté), souffrant de maladies chroniques et recevant des	Clairement explicité et bien amené. Aspect promotion de la santé

					SAD.	
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			L'introduction compte de multiples références qui décrivent bien le phénomène étudié. Un chapitre est aussi consacré à la recension des écrits où les auteurs décrivent leurs critères de recherche et les articles utilisés, quatre principalement, qui traitent de la relation patient-infirmière (cf grille résumé).	Intéressant d'avoir les critères de recherche des auteurs. Bonne recension des écrits, nombreuses références. Phénomène largement recensé.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Le concept (bien qu'il ne soit pas mentionné comme tel) de la relation infirmière-patient est développé à l'aide des articles susmentionnés. Le cadre conceptuel de la maladie chronique est également développé. Les auteurs s'inscrivent dans l'approche phénoménologique de Heidegger (être dans le monde), qui postule que l'homme et sa signification, sont inextricables du monde dans lequel il vit. Le temps et l'espace de l'homme aident à le comprendre, ce qui semble pertinent pour les liens avec le domicile.	Quelques répétitions dans le chapitre du point de vue des clients sur la relation (mix avec recension des écrits). Heidegger comme base. Domicile aide à comprendre le patient. Intéressant pour le lien avec le domicile.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Une question est clairement formulée : quelle est la signification d'une relation client-infirmière positive pour les personnes âgées recevant des soins à domicile pour des maladies chroniques ?	Une seule question, mais elle est claire et précise.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Elle suit logiquement l'état des connaissances, largement développé avec le concept de la relation infirmière-patient, lié spécifiquement aux personnes âgées et aux maladies chroniques en augmentation, ce qui contribue à augmenter les SAD. Le cadre conceptuel de Heidegger est également argumenté et pertinent avec la question de recherche.	Découle logiquement.
Population et	-La description du cadre et de	X			Cadre et procédure de sélection bien décrits. Huit personnes âgées, de 65 à 86 ans (7 femmes et 1 homme). Ils souffrent d'au moins une maladie	L'échantillon choisi et décrit et semble avoir été choisi avec

contexte	l'échantillon est-elle détaillée ?				chronique, et ont tous des capacités cognitives intactes et reçoivent des SAD depuis minimum 3 mois à London, Ontario.	soin, mais il reste petit : n= 8.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Pas mentionné.	Jamais mentionné
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Ils sont très bien décrits : entretiens semi-structurés, réalisés par une infirmière diplômée dans la recherche. Entretiens enregistrés puis retranscrits, y compris le langage non verbal des participants.	Très bonne description. Bien de consigner aussi les réactions et langage non-verbal.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			La méthode de collecte de données est cohérente avec le phénomène étudié et la question de recherche.	Ok, type qualitatif.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			La procédure est bien décrite à chaque étape : sélection de la population, recueil puis analyse des données.	Procédure bien détaillée.
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				Approbation de l'étude par le comité de l'université ouest de l'Ontario. Obtention de l'accord des patients de partager leurs noms avec les chercheurs, en accord avec la loi de l'information privée.	Aspects éthiques ok.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Malgré un petit échantillon, les auteurs font preuve d'une grande crédibilité dans leurs résultats et mettent un accent particulier afin de promouvoir l'authenticité de leurs conclusions. Pour ceci ils s'assurent de la bonne compréhension de l'expérience des personnes âgées durant l'entrevue et, après celle-ci, ils partagent leurs premiers résultats avec les participants volontaires afin d'avoir une confirmation de leurs compréhensions. L'analyse des données a aussi été approuvée par le comité de conseil du chercheur ce qui accroît leur crédibilité. Une large description de la	Excellente rigueur malgré faible échantillon.

					population et des expériences sont faites afin de faciliter les conditions de transférabilité.	
Résultats Traite- ment des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Les auteurs ont utilisé l'approche de l'analyse interprétative de l'immersion et de la cristallisation conçue par Spiegelberg (1982), lequel sensibilise aux nuances entre le texte et l'écoute des entretiens. Les thèmes émergents sont catégorisés en sous-thèmes, en suivant une analyse holistique intégrée, dans le but de faire ressortir du sens à l'expérience des participants.	Méthodes très bien décrites. Analyse selon Spiegelberg
Présenta- tion des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Un tableau résume les catégories et sous-thèmes émergés des entretiens, ce qui donne une bonne vue d'ensemble. 1. Être une personne âgée avec une maladie chronique comme contexte de la relation : Les participants souhaitent être traités comme des personnes et non pas être vus comme une maladie ou un problème chronique, ce qui est très frustrant pour eux. 2. Co-construire une relation : La construction d'une relation client-infirmière positive s'obtient, selon les patients, grâce à la connaissance de l'autre, la réciprocité, les partages d'expériences personnelles et le fait de prendre du temps. 3. Avoir du confort : Le confort des patients se définit par le fait qu'ils se sentent à l'aise, détendu et ont confiance dans leur relation avec l'infirmière. 4. Se sentir connecté : Ce sentiment passe par la sensation d'un intérêt personnel de la part de l'infirmière, d'une connexion de type amicale (amie professionnelle), et le sentiment d'être une personne et non pas un patient.	Respect de la personne Partages personnels, réciprocité, Temps Confiance Amie professionnelle, Personne et non pas patient
Discussion Intégra- tion de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Tous les résultats sont analysés et mis en lien avec de nombreuses autres recherches. L'approche philosophique reste cependant implicite. La notion de confort ressortie dans les résultats est développée et mise en lien avec les aspects de promotion de la santé et de la relation, souvent négligés au profit du biomédical. Le besoin des patients d'être connecté et de sentir une réelle relation avec les infirmières est aussi discutée, en lien avec la promotion de la santé relationnelle. Dans ce point les aspects de distance dans la relation	Analyse en profondeur et liens multiples avec d'autres recherches. Presque répétitif, les auteurs semblent se perdre un peu.

					sont aussi traités.	
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Les auteurs en tiennent compte. Leur échantillon et leur méthode contenant des parts de subjectivité, ils ne permettent pas de généralisation des conclusions, mais peuvent être transférées à des contextes similaires (homes par exemple).	Généralisation applicable à certains contextes
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les auteurs mettent en lumière de nombreuses limites. Ils parlent de l'aspect subjectif et individuel du phénomène étudié ainsi que d'une éventuelle difficulté des personnes âgées à transmettre leur expérience de la relation. Ils mentionnent également la population majoritairement féminine et les pathologies des participants différentes, bien que toutes chroniques. Les auteurs relèvent aussi leur propre vision du phénomène, qui a pu influencer les interprétations.	Les auteurs sont très critiques, presque trop car leur rigueur a été démontrée. Ils soulèvent cependant tous les biais possibles.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les auteurs suggèrent de nombreuses implications pour la pratique ainsi que des recherches complémentaires utiles et pertinentes. Les résultats sont utiles pour la formation actuelle qui privilégie la pratique et la recherche, alors qu'une vision holistique de confort global des patients est primordiale, tout comme les aspects émotionnels, donc relationnels. Des stratégies sont mises en avant pour éclairer la pratique professionnelle ainsi que la théorie relative à la promotion d'une relation professionnelle positive. Le positionnement des infirmières (statut d'expert, amitié professionnelle) nécessite d'être clarifié par d'autres recherches, ainsi que le sens de la connectivité et du confort pour les patients. Les chercheurs mettent aussi en avant l'utilité de ces résultats pour la valorisation des soins relationnels auprès des décideurs et différents services socio-sanitaires.	Les conséquences pour la pratique sont mentionnées, mais tout au long de la discussion, ne sont pas très bien mises en évidence. Utilité pour la valorisation auprès des décideurs mentionnée
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est dans l'ensemble bien structuré et détaillé. Un bémol cependant dans la discussion où les auteurs semblent se perdre un peu. Chaque résultat est bien analysé est mis en lien avec d'autres recherches antérieures et la cadre de la relation, mais avec des redondances.	

Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Bien que l'échantillon soit petit (n=8), l'analyse en profondeur des résultats et la rigueur des auteurs permet de mettre en lumière des pistes utiles pour la pratique infirmière relationnelle auprès des personnes âgées souffrant de maladie chronique.
Limites de l'étude	Pas de saturation des données Population âgée souffrant de maladie chronique, réduit un peu la transférabilité Petit échantillon (n=8), avec une majorité de femmes → réduit aussi transférabilité Méthode à caractère subjectif, de la part des auteurs et des participants				

28.2 GRILLE TRADUCTION-RÉSUMÉ

The Meaning of a Positive Client-Nurse Relationship for Senior Home Care Clients with Chronic Disease Turpin L.J., McWilliam C. L., and Ward-Griffin C., Arthur Labatt Family School of Nursing, University of Western Ontario Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement 31 (4) : 457–469 (2012)	
Enoncé du problème	<p>Important de promouvoir SAD car augmentation des personnes âgées et des soins pour maladies chroniques à domicile. La promotion de la santé a été théorisée comme un processus relationnel qui intègre les connections relationnelles, l'éthique et la pratique, dirigé dans la salutogénèse. C'est pourquoi une relation positive infirmière-patient est vue comme importante pour la santé et pour la promotion de la santé. C'est sûrement particulièrement plus vrai pour les personnes âgées, fragiles, qui nécessitent des SAD. Malheureusement, l'accent des soins est toujours très biomédical et la promotion de la santé, avec ces aspects relationnels est trop souvent négligée. Ces dernières années, créer des relations significatives dans les soins sont devenues encore plus difficiles. Cela est dû aux besoins des patients « chroniques » qui augmentent, ainsi qu'aux charges de travail qui augmentent pour les soignants, avec moins de ressources. La dépendance des personnes aux SAD nuit également à la relation qui devient alors inégale. Ceci d'autant plus que la relation infirmière-patient est déjà à la base inégale (influence dans les soins, connaissances, accès spécialisés des infirmières). Cela peut menacer l'autonomie des personnes âgées et à terme leur santé. La plupart des études déjà faites sur les relations patient-infirmières traitaient des perceptions des soignantes, créant un manque par rapport aux besoins des patients dans la relation. Le but de l'étude est d'explorer la signification d'une relation patient-infirmière positive pour les PA souffrant de maladies chroniques qui reçoivent des SAD. D'autres recherches, qui explorent la signification que les personnes âgées donnent à leurs relations avec les infirmières sont nécessaires pour mieux comprendre la promotion de la santé relationnelle. Ces recherches pourront offrir aux infirmières ainsi qu'à d'autres professionnelles une optimisation de leurs soins avec les personnes âgées à domicile.</p>
Recension des écrits	<p>Les auteurs ont recherché dans plusieurs bases de données les recherches précédentes en lien avec leur thème, avec les mots clés : <i>client-nurse relationship, patient-nurse relationship, relational health promotion, chronic disease, chronic illness, seniors, home care</i>. Ils ont élargi leurs recherches aux disciplines des infirmières, gérontologie, médecine, psychologie, sociologie, thérapie physique et occupationnelle, entre 2000 et 2009. Trois recherches intéressantes sont ressorties, qui ont examinées les perceptions et les expériences des infirmières avec la relation patient-infirmière: Chen, 2003, Gantert et al. 2008, Schoot et al, 2005.</p>
Cadre théorique ou conceptuel La relation infirmière-client	<p>Ces trois études ont étudié, directement ou indirectement, les éléments de la relation infirmière-patient, du point de vue des patients. Une autre recherche prend les deux points de vue : patient et soignant (Mineral Williams, 2007). Gantert et al ont exploré, de la perspective des personnes âgées (n=15), le phénomène social de la construction de la relation avec les soignants à domicile en soulevant les barrières et les facilitateurs. Bien que les participants ont décrit des réticences à rentrer en relation avec les fournisseurs de soins, ils ont néanmoins perçu la construction de la relation comme un processus dynamique qui englobe des connections avec le cadre de vie plus large : recherche d'une connaissance mutuelle, équilibre des connaissances, le statut et l'autorité, création d'un schéma commun, et la construction et le maintien de ponts. Chen (2003) a exploré plus spécifiquement les définitions des personnes âgées par rapport aux définitions de la promotion de la santé. Spécifiquement aux</p>

	<p>relations, les personnes âgées perçoivent les infirmières comme importantes pour prendre part aux pratiques de promotion de la santé.</p> <p>La 3^{ème} étude, de <u>Schoot et al. (2005)</u>, est une théorisation ancrée sur les interactions infirmières-patients à domicile. Ils ont démontré que les interactions sont congruentes entre les souhaits des patients et ce qu'ils étaient autorisés à faire dans leurs soins. Les clients voulaient souvent de l'indépendance et de l'autonomie dans leurs soins et ont décrit l'attention et la réactivité comme associé à cette congruence. Les résultats de cette étude présentent les éléments relationnels comme une partie des interactions sociales infirmière-patient. <u>Miner-Williams (2007)</u>, une théorisation ancrée avec une population de 15 infirmières et 10 clients explorent le point de vue des 2 dans la relation. Elle a démontré que la relation infirmière-patient a tendance à naître de la rencontre de l'infirmière et des besoins en santé du patient. Deux principaux thèmes ont émergé de la connectivité : les infirmières trouvent les besoins spirituels des patients et interprètent la signification de la relation. Minner ont démontré que le client souhaite être reconnu en tant qu'individu dans ses soins. Cette reconnaissance, était dans le cadre de la spiritualité, caractérisé par une connexion avec soi-même. L'étude n'a malheureusement pas révélé ce que la relation signifie pour les clients. Révéler le sens de cette relation pour les personnes âgées pourrait mettre en lumière les aspects importants des interactions.</p> <p>Ces études n'ont toutefois pas apportées d'éléments pertinents sur ce que la relation patient-infirmière signifie, mais plus sur des expériences et points de vue. Comprendre le sens de cette relation peut permettre aux infirmières d'optimiser leur travail avec cette population.</p>
Concept de Heidegger : Etre dans le monde (phénoménologique)	Hypothèse que l'individu et le monde sont co-constitués que l'individu n'a de sens ou se signifie qu'à partir du monde dans lequel il vit, sans être détaché de lui. Heidegger fait aussi valoir que le temps est l'essence de l'être et que le temps et l'espace fournissent ensemble le contexte qui aide à le comprendre.
Devis de recherche	Etude phénoménologie interprétative.
Population et contexte	Les participants ont été contact par les gestionnaires de cas du <i>Centre d'accès aux soins communautaires du sud-ouest</i> . Ceux-ci ont fourni une liste de PA de plus de 65 ans qui rentraient dans les critères d'inclusion de l'étude (maladie chronique ?) et qui manifestaient un intérêt potentiel à participer à l'étude. Un échantillonnage déterminé a été utilisé (Patton 2002) pour sélectionner, parmi les participants, ceux connaissant le phénomène d'investigation et ceux qui donneraient des informations riches et appropriées à l'étude. Huit personnes âgées de plus de 65 ans et souffrant d'au moins une maladie chronique ont été sélectionnées, recevant des SAD depuis 3 mois ou plus, in London, Ontario. Sept femmes et un homme, de 65 à 86 ans. Ils ont aussi été évalués pour leurs capacités cognitives intactes, leur capacité à parler, lire, écrire, comprendre et participer à une entrevue de 60 à 90 minutes. Les participants ont reçu des services par des RN et par des Practiced Nurses, 1 à 3x/sem. Une visite durait de 10 min à 1heure. En moyenne 2 maladies chroniques par PA comme : diabète, cancer, arthrite, emphysème, maladie cardiaque, sclérose multiple.
Collecte et analyse des données	Les données ont été enregistrées, en profondeur, les entrevues ont été faites une à une, avec chaque participant seul dans son environnement, en utilisant un guide d'interview semi-structuré, par un étudiant diplômé en recherche infirmière. L'infirmière « chercheuse » n'était pas connue des patients avant les entretiens, mais ils savaient qu'elle était infirmière. Les données démographiques des patients ont été recueillies par une fiche. Les entretiens ont duré 45 à 90 minutes et arrangé selon les préférences des patients. Les participants ont été interrogés sur la relation dans les SAD

Analyse	<p>et sur ce que la relation patient-inf signifie personnellement pour eux. Ils ont été encouragés à refléter et partager leurs expériences personnelles de cette signification en décrivant leur expérience globale d'une relation positive avec toutes les infirmières impliquées dans leurs soins.</p> <p>Toutes les entrevues ont été retranscrites mot à mot. En plus, le langage corporel des participants, leurs expressions faciales, ton de la voix, réactions ont aussi été notées. L'approche de l'analyse interprétative de l'immersion et de la cristallisation conçue par Spiegelberg (1982) a été utilisée pour obtenir les résultats. Ce processus réflexif implique de lire et relire les transcriptions tout en écoutant simultanément les interviews avec le but d'être sensibilisé aux nuances avec le texte. Les catégories et sous-catégories ont ensuite été examinées afin de mieux identifier les tendances et les thèmes. Les thèmes émergés des données ont été cristallisés dans une analyse d'interprétation holistique intégrée, dans le but de créer un sens à l'expérience des participants.</p>
Authenticité	<p>La nature individualiste, personnelle et subjective de la recherche exclut l'objectivité. Cependant, plusieurs techniques ont été utilisées pour promouvoir l'authenticité et l'applicabilité des conclusions. L'authenticité a été établie par le contrôle des membres, qui ont clarifié avec les participants que leurs expériences avaient bien été comprises, durant l'entretien. Après la collecte de données, le contrôle a été fait auprès des participants, parmi ceux qui ont consenti à un 2^{ème} entretien, afin de leur rapporter les premiers résultats, et de solliciter une assistance pour promouvoir des interprétations authentiques de leurs expériences. Un participant en particulier a fourni des données en profondeur dans ce processus. L'authenticité a aussi été promue en utilisant des techniques telles que la promotion de larges descriptions des expériences relationnelles des personnes âgées avec les infirmières, dans le but de mieux décrire, pour les lecteurs, l'applicabilité des conclusions à d'autres situations. En outre, le comité de conseil du chercheur a approuvé, le bilan des analyses et a déterminé que les interprétations étaient claires et en résonance avec l'objet d'étude.</p>
Résultats	
Sens d'une relation client-infirmière positive pour les PA	<p>Dans cette étude le sens de la relation patient-infirmière positive pour les personnes âgées a été très contextualisé par la maladie chronique des personnes âgées. Etre une personne âgée souffrant de maladie était souvent frustrant, ce qui engendrait le sentiment de se sentir comme un problème chronique pour les personnes impliquées dans les soins. Les personnes âgées décrivent comme positives la co-crédation de la relation infirmière-patient. Deux éléments importants sont ressortis pour les personnes âgées: être confortables et être connectés.</p>
1. Être une personne âgée avec une maladie chronique	<p>Plusieurs participants ont décrit leur expérience de relation à domicile comme frustrante, en soutenant que les infirmières ne comprenaient pas, en général, ce que veut dire de vivre avec maladie chronique. Cette expérience dépeint le sens de la relation infirmière-patient positive. Certaines infirmières voient leur situation comme un défi et vont tout faire pour arranger ce qui ne va pas, d'autres vont faire le minimum car c'est un problème chronique. Le même participant exprime sa frustration d'être considéré comme ayant une maladie chronique. Cette façon de voir affecte votre processus de pensée et celle des infirmières, qui ne vont pas donner les soins que vous méritez si vous elles pensent que vous n'allez pas guérir. Un autre participant a contextualisé la relation infirmière-patient avec le sentiment d'être référencé comme un malade avec une maladie chronique alors qu'il ne se sentait pas comme un malade, mais avait eu une blessure corporelle. Un autre ne se sentait pas non plus comme un problème chronique. Finalement les participants de cette étude contextualisent le sens d'une relation infirmière-client positive avec des histoires de frustration et de découragement par rapport à la façon dont ils étaient traités comme un problème ou une maladie chronique. Bien qu'ils vivaient avec une maladie chronique, beaucoup se trouvaient en bonne santé et s'attendent à être traité comme tel. Ces éléments</p>

	<p>négatifs mettent en lumière la signification d'une relation positive pour eux.</p>
<p>2. Co-cr��rer une relation positive client-infirmière</p>	<p>Co-cr��rer inclut: apprendre à se connaître, créer une réciprocité, le partage des expériences personnelles et prendre le temps.</p> <p>Apprendre à se connaître: Cet aspect est positif pour la relation infirmière-client, c'est ce qui construit le sens de la relation. Plusieurs participants ont expliqué que le fait d'avoir la même infirmière fréquemment donne un sentiment de plus grand confort dans la relation, ils apprennent à se connaître mutuellement avec le temps, c'est plus agréable. La relation se construit et vous savez ce qu'ils veulent quand ils viennent. L'infirmière s'habitue à vous et vous la connaissez, c'est l'une très important.</p> <p>Créer une réciprocité: La réciprocité entre le client et l'infirmière comprend le respect des idées et opinions différentes de l'autre. Un participant se sent respecté lorsqu'une infirmière le prévient par tél de son heure de passage car elle sait qu'il l'attend. Le client doit pouvoir faire confiance à l'infirmière, sinon le client ne va pas lui raconter ce qu'il se passe. C'est une voie importante et réciproque, le patient s'ouvre et est honnête, et l'infirmière doit être en mesure d'écouter et de se rappeler. Les clients doivent aussi se rappeler qu'ils ne peuvent pas juste prendre, car les infirmières ont beaucoup de patients. Il est meilleur pour tout le monde lorsque cela va dans les deux sens.</p> <p>Partager des expériences personnelles: Le fait que l'infirmière partage des expériences personnelles avec ses clients contribue à une relation « idéale » pour les personnes âgées. De cette manière la relation est facile, les PA parlent facilement des nouvelles ou de leurs familles et rien facilement.</p> <p>Prendre le temps: Les personnes âgées apprécient lorsqu'elles ne semblent pas pressées, qu'elles ne se précipitent pas, sinon ils pensent que cela ne vaut pas la peine de demander ��a. Apprécient lorsqu'elle prend son temps et explique les choses, ne se sentent alors pas comme s'ils prenaient trop de temps. Elle ne perd pas de temps, mais ne dit pas oh je dois y aller maintenant, pas de précipitation, elle répond à tout, même lors de nouveau sujet. Elles ne disent pas dépêchez-vous et ne regardent pas leur montre,</p> <p>Pour résumer: la construction d'une relation client-infirmière positive s'obtient grâce à la connaissance de l'autre, la réciprocité, les partages d'expériences personnelles et le fait de prendre du temps.</p>
<p>3. Avoir du confort dans la relation client-infirmière</p>	<p>Trois éléments composent ce confort selon les personnes âgées : ��tre à l'aise, se sentir détendu et avoir confiance.</p> <p>��tre à l'aise: Pour certains cela passe par le respect de ce que pense l'autre, de pouvoir lui demander son avis. Pour d'autres c'est quelqu'un �� qui il est facile de parler et chez qui l'on sent qu'elle a envie de vous mettre à l'aise. Elle crée une ambiance sécure et rassurante, par ses connaissances et sa présence régulière. Important d'avoir quelqu'un de connu, pas détendu la même chose avec un étranger. Très important de ne pas être stress��, il n'aide pas le malade. Une infirmière attentionnée, qui sait prendre les choses en main tout en respectant le patient est important.</p> <p>Se sentir détendu: Important pour de nombreux clients de ne pas être contraints-stressés, aussi pour des raisons de santé (respiration). Un autre se sentait bien car il savait que quelqu'un de fiable allait venir, c'était un souci de moins. Cela détend de savoir que quelqu'un va venir et vous saurez où vous en êtes.</p> <p>��tre en confiance: Ils savaient qu'ils étaient en de bonnes mains, ce qui permet de faire du bon travail. Une fois qu'ils se connaissent et se font confiance ils peuvent leur dire tout ce qui se passe pour eux.</p>

4. Etre connecté	<p>Sentiment d'un intérêt personnel: Sens à la relation par le fait qu'ils se sentent reliés personnellement, que l'infirmière leur porte un intérêt personnel. La plupart des infirmières s'intéressent à votre vie personnelle et écoutent. A la prochaine visite cela continue, et la relation grandit. Ne voudrait pas d'une infirmière que clinique, aime cet aspect personnel. Besoin de cette connexion humaine.</p> <p>Connexion comme des amis: Semble plus que des soins infirmiers, presque une amie, qui me visite comme une amie professionnelle. Elle est en quelque sorte devenue une amie. Un autre participant pense s'être fait une amie, même s'ils ne se sont vus que pour une courte durée.</p> <p>Sentiment d'être une personne et non un patient: Se sentir une personne plutôt qu'un patient fait partie du sentiment d'être connecté. Cette connexion m'a fait du bien car je n'étais plus qu'une blessure. Je ne me suis jamais senti que comme un patient. Patient isolé aime avoir un contact humain, pas seulement médical. L'infirmière me connaît aussi bien que ma maladie.</p>
<p>Limites, généralisation</p> <p>Discussion</p>	<p>La nature personnelle, individualiste et subjective de cette recherche interprétative empêche la généralisation des conclusions. Les maladies chroniques étaient aussi différentes et la population était en majorité féminine. Les conclusions reflètent les attributs de ces participants et ne peuvent être généralisés. Aucune tentative n'a été faite pour entreprendre des données, relatives à n'importe quel groupe d'âge, genre, maladie chronique, ou le niveau d'éducation. Les conclusions peuvent aussi être limitées par la capacité des clients à transmettre leur expérience de la relation client-infirmière. Les interprétations du chercheur peuvent aussi avoir été influencées par sa propre vision du phénomène étudié. Néanmoins, cette étude en profondeur peut être pertinente dans des situations similaires de soins aux personnes âgées, par ex. dans un home.</p> <p>Les résultats de l'étude mettent en avant la relation positive client-infirmières comme ayant le confort dans cette relation, ce qui signifie en profondeur : être à l'aise, se sentir détendu et être en confiance. Ces résultats soutiennent des recherches précédentes. Comme le confort est une nécessité toute au long de la vie, il est considéré comme une composante essentielle des soins infirmiers. Une recherche dans les soins palliatifs suggère que les personnes capables de sentir du confort dans leurs soins trouvent plus facile de faire face, se réhabilitent mieux et sont plus susceptibles de connaître la paix. Pris avec ces autres résultats, le confort peut être compris comme une partie de la promotion de la santé, quand la santé est comprise comme une ressource de la vie quotidienne. L'éclairage de cette étude par rapport au confort est important pour la pratique infirmière ; bien qu'il soit central, il est maintenant souvent une priorité mineure. Plusieurs auteurs suggèrent que la notion de confort est souvent négligée dans l'approche biomédicale des soins de santé, où les soins curatifs sont le focus de la pratique. Ce point de vue technique ignore souvent et inhibe les aspects relationnels des soins. Watson (2009) observe que l'augmentation de la technologie et de la bureaucratie menace la compassion humaine. Prendre soin est lié au confort, par conséquent quand les soins relationnels sont ignorés, le confort l'est aussi, ce qui nuit donc à la promotion de la santé.</p> <p>L'étude met également en avant le fait d'être connecté comme point positif important de la relation. Cela est possible grâce au sentiment d'intérêt personnel, la connexion comme des amis, et se sentir comme personne, pas comme un patient. Ces idées rejoignent plusieurs auteurs. Plus spécifiquement, plusieurs auteurs ont trouvé que les clients s'attendent à être reconnu et valorisé comme personne de valeur au sein de la relation et veulent être compris comme un être humain, en-dehors de leur maladie. D'autres auteurs ont mis en évidence l'importance de l'affect relationnel positif pour la santé. Dans la mesure où une relation positive est importante pour la santé, être connecté et avoir du confort peut également être compris dans le sens de promotion de la santé, comme une ressource pour la vie quotidienne. Les résultats de cette étude ont un impact à la fois sur la théorie et la pratique de la promotion de la santé relationnelle. En effet dans la pratique, tous les services de santé et/ou sociaux peuvent promouvoir la santé comme une ressource en co-crédant consciemment une relation où le client se sent connecté et a du confort. Ces premiers</p>

	<p>résultats peuvent aider au développement de la théorie de la promotion de la santé relationnelle et identifier les éléments particuliers de la relation qui permettent sa réalisation. La signification de la connexion comme des amis a aussi un impact sur la pratique professionnelle. La perception des limites professionnelles peuvent dissuader les infirmières d'établir des relations avec les clients, pour qui il est alors difficile de se connecter. Selon plusieurs auteurs, cette distance est mise afin de maintenir une objectivité et de s'abstenir d'une sur-implication.</p> <p>Une connexion client-infirmière réconfortante est une composante essentielle de la signification d'une relation positive. Ceci est difficile si la relation est toujours fournie à distance. Les soins à distance permettent d'assurer un confort dans la relation existante. La connexion avec les clients est compliquée en raison du modèle biomédical, qui place les infirmières au-dessus, par leur statut d'expert. Les clients se retrouvent impuissants et passifs. Compte tenu de ces résultats, les infirmières peuvent se remettre en question dans leur relation et se questionner sur leurs limites professionnelles. Cependant, les soins relationnels restent un défi pour la pratique, et selon Mc Garry 2008, la relation devient souvent une amitié professionnelle et qu'il est difficile de mettre ses limites. Ce concept d'amitié professionnelle nécessite cependant d'être clairement défini, ce qui n'est pas le cas actuellement.</p> <p>Une vision globale de l'enquête montre qu'il est important d'être connecté pour les personnes âgées à domicile, et ainsi de trouver un bon équilibre dans la relation pour les infirmières, afin d'améliorer leur santé, vue comme une ressource. Ces conclusions sont aussi utiles pour la formation, qui accorde maintenant beaucoup d'importance à la recherche et la pratique, ce qui déplace l'attention du global et du confort des patients. Selon une étude, les étudiants infirmiers perçoivent la pratique et les soins aux comportements cognitifs comme le plus important dans la pratique, alors que les soins émotionnels sont vus comme le moins important. Cependant une autre étude met en lumière le caractère plus humaniste des soins que l'approche comportementale d'autrefois, bien que les programmes dans ce domaine soient courts.</p> <p>Les résultats de cette étude peuvent aider l'apprentissage, pour les élèves, concernant les personnes âgées souffrant de maladies chroniques, spécifiquement pour construire une relation significative pour eux, favoriser leur autonomie et promouvoir la santé. Les personnes âgées ont exprimé leur frustration d'être traité comme un problème chronique. D'autres études ont démontré cette stigmatisation. Kaufman a mis en évidence la déshumanisation des soins par l'approche biomédicale et la propre expérience de la chronicité. D'autres recherches ont été faites sur les maladies chroniques, mais l'expérience des patients nécessiterait d'être encore approfondie.</p>
Conclusion	<p>Cette enquête révèle que pour les personnes âgées, une relation client-infirmière positive signifie <i>avoir du confort et être relié</i>. Les conclusions de l'étude enrichissent aussi la théorie et la pratique de la promotion de la santé relationnelle. Les soins pour les personnes âgées continuent d'être très concentré sur le biomédical, ce qui nuit aux aspects relationnels primordiaux pour eux. Ces résultats peuvent permettre aux décideurs et praticiens des services socio-sanitaires de plus valoriser la signification de la relation client-infirmière. Cette étude peut déjà éclairer en partie des stratégies afin de promouvoir une relation positive, mais le sens du confort et de la connectivité nécessitent d'être encore approfondi.</p>

29 GRILLES E7

Patients as ‘Safeguard’ and Nurses as ‘Substitute’ in Home Health Care

Öresland S., Määttä S., Norberg A. and Lützén K., Norvège
Nursing Ethics, 2009, 16 (2)

29.1 GRILLE D’ANALYSE CRITIQUE

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Analyse objective (méthodologique et scientifique)	Analyse subjective
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?			X	Le titre ne mentionne pas clairement de quel point de vue le positionnement est analysé. Nous voyons toutefois le contexte (Home health care) et le positionnement des patients (sauvegarde) et des infirmières (substitut).	Manque une clarification par rapport au point de vue : des patients ou des infirmières ?
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l’introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Il comprend les buts de la recherche, la méthode et les principaux résultats. Mentionne aussi brièvement les implications pour la pratique infirmière (éthique, soins adaptés).	Bon résumé, il permet d’éclairer le point de vue pris par les auteurs qui manquait dans le titre.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Les auteurs veulent explorer le point de vue des patients par rapport aux soins à domicile. Quel est leur rôle ou leur position durant leurs soins à domicile, ainsi que de quelle manière ils perçoivent les positionnements des infirmières qui leur prodiguent des soins.	Phénomène à l’étude bien décrit, clairement mentionné. Pourrait être placé plus tôt dans l’article, là juste avant la méthode.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le	X			Les auteurs mettent en évidence les aspects positifs et négatifs du domicile comme lieu de soins, par rapport à la qualité des soins et aux	Relation complexe à domicile

	problème ou phénomène étudié ?				aspects éthiques soulevés.	
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Le cadre épistémologique est mentionné. La base philosophique, selon la théorie de Potter et Wheterell est bien décrite. Elle met en lumière le fait que les identités se construisent dans les relations sociales et sont influençables et les discours. Plusieurs positionnements sont possibles selon les circonstances. Les cadres conceptuels du domicile et les implications pour les soins infirmiers dans ce contexte sont bien décrits (aspects éthiques, identité, intimité, autonomie).	Bonne description de la base philosophique des auteurs qui se placent ici dans une idée de co-construction → cf Fornerod. Bien que les auteurs précisent l'importance et font le lien entre leur méthode et la base philosophique soutenant leur recherche.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Comment les patients recevant des SAD se décrivent-ils la position qu'ils prennent durant les soins ? Quelle est la description des patients du positionnement des infirmières durant leurs soins ?	Questions très claires.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Elles suivent logiquement l'état des connaissances sur le contexte des SAD et l'approche philosophique est également en lien avec cette problématique de la perception des rôles dans une relation.	Suite logique.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passés sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Analyse de discours dans un cadre épistémologique. Cette méthode correspond au but de la recherche et qui rentre dans la tradition épistémologique. Temps sur le terrain correct (30-90 minutes par interview).	Devis décrit et mis en lien avec la philosophie de recherche sous-jacente → bonne chose, jamais vu aussi clairement.

Popula- tion et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Echantillon bien détaillé (pathologies, âges, critères de sélection). Le contexte aussi mentionné : ville de Suède, population suivie par les infirmières de la première étude (Nurse as guests or professionnels). Population : 10 patients, 7 femmes et 3 hommes, entre 46 et 92 ans. Pathologies variées, niveau de dépendance variable aussi. Minimum 3 mois de SAD.	Bonne description de l'échantillon, permet de mieux voir transférabilité par rapport au contexte. .
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Pas mentionné par les auteurs	A nouveau pas mentionné !
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Interviews de 30 à 90 minutes, au domicile des patients. Questions ouvertes pour commencer puis demande de précisions sur certains points importants.	Les auteurs auraient pu préciser les points vus comme importants.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			L'exploration d'un phénomène nécessite bien des interviews et donc une analyse de discours.	Rejoint les autres articles, tous même méthode, tous recherche qualitatif exploratrice.
Déroule- ment de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Approche inductive des auteurs, plusieurs lectures pour avoir une vue d'ensemble puis recherche de similitudes et différences reliés aux positions. Finalement mise en évidence d'oppositions binaires et chaînes d'équivalence. Les deux positions, implicites ressorties sont « sauveteur » et « substitut ». Considérations éthiques : patients informés du but et du contenu de l'étude. La confidentialité leur est assurée et ils peuvent arrêter à tout moment sans préjudice. Accord du comité éthique de la faculté de médecine de Gothenburg, Suède.	Procédure bien détaillée, précise. Considérations éthiques totalement respectées (accord comité + avec les patients).
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient	X			Bonne description d'échantillon, du contexte, de la procédure de recherche et d'analyse des résultats. Transférabilité possible grâce au contexte et à la population bien décrits. Descriptions détaillées de la méthode et de l'analyse assure crédibilité.	Bien que la population soit petite (n=10), analyse minutieuse des résultats assure crédibilité.

	crédibles et transférables ?					
Résultats Traite- ment des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Méthode de traitement des données largement décrites et détaillées par étapes.	Bien.
Présenta- tion des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			<p>Divisé en 2 grands thèmes : le premier est la <u>position de sauvegarde du patient</u>, divisé en sous-thèmes</p> <p>1. Le domicile reste le territoire des patients 2. Sûr et confortable à domicile grâce aux SAD, mais sécurité plus forte à l'hôpital grâce à proximité des médecins et technologies. 3. Indépendance : important de garder un certain contrôle sur les heures des visites. Ils acceptent des retards imprévus mais pas comme une habitude. Les patients se sentent aussi indépendants lorsqu'ils sortent du rôle du patient (conversations autres que sur maladie) 4. Continuité : les patients préfèrent clairement avoir « leur » infirmière référente, accepte quelques changements, mais trop conduisent à une rupture de la relation avec les soins infirmiers. 5. Participation : important pour les patients de sentir impliqués et respectés dans leurs opinions.</p> <p>La <u>position de substitut de l'infirmière</u> est le 2^{ème} grand thème. Il est subdivisé ensuite :</p> <p>1. Faire pour : les patients apprécient que les infirmières communiquent à leur place avec les différents acteurs socio-sanitaires et lorsque ceux-ci se coordonnent entre eux. Ils n'aiment pas se sentir forcés à faire quelque chose. 2. Besoins satisfaits : les infirmières substituent aux besoins des patients incapables de les faire eux-mêmes (physiques, techniques). Insatisfaits par les manques de communication et de considération. 3. Bonne humeur : personnalité importante, bonne humeur, gentillesse, convivialité. Cela les stimule et les soutient.</p>	<p>Séparation par thèmes claire. Un tableau récapitulatif aurait été bienvenu.</p> <p>Droit à leur auto-détermination très important, lié au sentiment d'appartenance à domicile. Sentiment d'indépendance augmente lorsqu'ils redeviennent des personnes et non pas des malades. Continuité très importante Surveillance avec les nouvelles infirmières Vu comme un manque de professionnalisme lorsque les nouvelles demandent au patient comment faire. Respect des opinions déjà vu.</p> <p>Résultats agréables à lire, bien aérés, avec citations. Le terme de « sauvegarde » ne synthétise pas très bien les sous-thèmes abordés.</p> <p>Communication, bonne humeur et considération très importantes. Permet maintien d'une bonne relation que les deux personnes ont l'obligation de maintenir.</p>
Discussion	-Les principaux	X			Les principaux résultats sont mis en lien avec les recherches	Emergence des concepts, soutient la

Intégration de la théorie et des concepts	résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?				antérieures et avec les cadres conceptuels. Mise en évidence de la co-construction des positionnements: position de sauvegarde suit celle de substitut. Le domicile « appartient » au patient, il y dicte ses règles et reste une personne. Ne remettent pas en cause les tâches, mais la manière dont elles sont effectuées. S'ils se sentent respectés, co-construction possible. La bonne humeur décrite par les patients semble rejoindre des attributs féminins. Ne pas être trop gentille non plus, peut augmenter construction de la position de sauvegarde et substitut.	théorie avec ces positionnements. Les règles du patient à domicile → cf « maître à bord » Reste une personne, besoin de se sentir respecté
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Les auteurs mentionnent la limite due à l'échantillon de patient en relativement bonne santé. Ils ont également bien décrit le contexte et la population à cet effet.	Généralisation possible, sous réserve de l'échantillon.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			La limite de l'analyse du langage est mentionnée : si le langage est normatif ou descriptif, c'est-à-dire dans quelle mesure les patients ont décrits les positions qu'ils auraient aimé avoir. Une autre limite est celle de l'échantillon de patients qui étaient en relative bonne santé. Un autre échantillon aurait pu donner d'autres réponses.	Tous les articles d'analyse du discours, qualitatifs ont ce problème du langage!!
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			X	Ils mentionnent la nécessité d'autres recherches afin de creuser l'interprétation du langage dans le discours. Des pistes d'action pour la pratique sont implicites dans la conclusion : volonté des patients d'être actifs et de contrôler leurs soins. Les auteurs, selon le point de vue éthique des infirmières, mettent en avant la possibilité d'une menace pour leur rôle si elles voient les patients comme passifs ou, si elles les voient comme des participants actifs, la position de sauvegarde doit être prise en compte et respectée.	Manque les implications pour la pratique claires. Intéressant de la part des auteurs de relier les conclusions aux positionnements éthiques des infirmières !!
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Article bien écrit et bien structuré. Les auteurs détaillent chaque chapitre.	

Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats sont intéressants et utiles pour la pratique des SAD bien qu'ils soient implicites (cf ci-dessus, <i>perspectives</i>)
Limites de l'étude	Mêmes auteurs que l'article <i>Nurse as guests or professionals in home health care</i> , mais point de vue des patients sur le positionnement. Pas de saturation des données mentionnée. Echantillon de patient en relativement bonne santé, un autre échantillon pourrait donner d'autres résultats Langage à la fois normatif et descriptif → patients peuvent décrire les positions qu'ils auraient envie d'avoir.				

29.2 GRILLE TRADUCTION-RÉSUMÉ

Patients as 'Safeguard' and Nurses as 'Substitute' in Home Health Care Öresland S., Määttä S., Norberg A. and Lützén K., Sweden Nursing Ethics, 2009, 16 (2)	
Enoncé du problème	Vital d'explorer la relation patient-infirmière à domicile, des deux points de vue étant donné que ce secteur est en augmentation. Deuxième partie d'une étude qui a d'abord exploré le point de vue des infirmières (cf <i>Nurses as guest of professional</i>). Le but de cette étude-ci est : d'explorer et de mettre en lumière quel rôle ou position prennent les patients durant les soins qu'ils reçoivent dans leur domicile, et d'explorer la description des patients sur leur perception du rôle pris par les infirmières lorsqu'elles leur prodiguent des soins.
Recension des écrits Cadre théorique ou conceptuel	Sur les implications du domicile comme contexte de soins, implications éthiques, aspects positifs et négatifs mis en évidence. SAD : soins donnés par des infirmières dans la maison des patients. Domicile : lieu privé, intime, relié à des aspects éthiques importants (liberté, confidentialité). Ce lieu semble aussi avoir un impact positif sur les soins (plus d'autonomie). Cependant équité et empowerment pas forcément toujours présents à domicile.
Devis de recherche	Analyse de discours dans un cadre épistémologique. Théorie et méthode sont liés dans ce devis, les bases philosophiques sont donc importantes à décrire. Ici les auteurs s'inspirent de la théorie de Potter et Wetherell qui dit que le soi et les identités se construisent dans les relations sociales et

	<p>mis en forme par les discours. L'identité dépend des circonstances et des discours disponibles dans telle situation. Ces constructions d'identité sont nommées positions. L'individu peut se déplacer dans ces positions selon la dynamique et l'influence d'un discours. L'identification existe par la facilité à être dans une position. Plus les actes sont assumés dans une position, plus elle est socialement renforcée.</p>
Population et contexte	<p>Contexte : Ville dans l'ouest de la suède, interview des patients auxquels les infirmières interviewées dans la première partie de l'étude ont donné des soins. Patients informés de l'étude par les infirmières, elles-mêmes informées par l'auteur Oresland.</p> <p>Population : sélection sur la base de : expérience des SAD, pas de problèmes de mémoire et pouvant exprimer leur point de vue. 10 patients interrogés : 7 femmes et 3 hommes, tous ont accepté. Age : 46 à 92 ans, certains dépendants pour les AVQ, d'autres pas. Minimum 3 mois de SAD. Pathologies : diabète, ulcères variqueux, cancer.</p>
Collecte et analyse des données	<p>Interviews faits à domicile, entre 30 et 90 minutes, audio-enregistrés puis retranscrits. Répétition aux patients des principes éthiques de l'étude. Processus d'analyse continue. Plusieurs lectures afin d'avoir vue d'ensemble. Approche inductive. Extraits codés par thèmes selon principes de Mohr (intuitif). Des chaînes d'équivalence ont été recherchées par rapport au positionnement, mais celui-ci était majoritairement implicite. Comparaison des interviews et recherche des similitudes et différences par rapport aux positions des sujets → oppositions binaires, chaînes d'équivalences ressorties. Deux positions implicites sont finalement ressorties « sauvegarde » et « substitut » pour eux-mêmes.</p>
Résultats	<p>Les patients construisent leur position de sauvegarde et voient les infirmières comme des substituts. Ces positions mettent en évidence les opportunités et les obstacles des SAD pour les patients. Résultats en 2 parties principales : sauvegarde pour les patients et substitut pour les infirmières.</p>
1. Position de sauvegarde du patient	<p>Position prise pour contrôler et sécuriser leur relation avec les infirmières. Mise en évidence dans plusieurs oppositions binaires.</p> <p>1.1 Territoire du patient – place de travail de l'infirmière: sentiment d'être prioritaire à domicile, lié à l'appartenance. Ils ont le droit de décider quoi, quand et comment. Important pour eux que les infirmières écoutent ce qu'ils veulent sans les juger ou violer leurs souhaits. Leur routine qui devrait être suivie. Catégorique sur le fait que c'est leur territoire et qu'ils y conservent toute leur possibilité de décisions. Les infirmières doivent s'y adapter.</p> <p>1.2 Sécurité/insécurité: plus sûr et confortable pour eux de rester à la maison par rapport à l'hôpital, ont leur routine, leurs objets. La plupart du temps sont satisfaits des SAD. Le sentiment de sécurité est tout de même plus fort à l'hôpital à cause des équipements technologiques et de la proximité des médecins si quelque chose d'urgent se produit.</p> <p>1.3 Indépendance/dépendance: important pour les patients de pouvoir contrôler leur indépendance, même s'ils n'ont rien de particulier, ils veulent pouvoir choisir avec les infirmières les visites et savoir quand elles viennent. Ils acceptent parfois des imprévus, mais pas comme une habitude. La dépendance apparaît lorsqu'ils ne peuvent pas quitter leur domicile à cause du manque de soins reçus. L'indépendance lorsqu'ils peuvent décider l'heure de leur repas, de leur toilette. Se sentent aussi indépendants lorsqu'ils sortent du rôle du patient (conversations autres que sur les soins ou la maladie).</p>

	<p>1.4 Continuité/interruption: protéger la continuité est important. les patients préfèrent avoir la même, leur référente, mais comprennent que ce n'est pas toujours possible. Des infirmières inconnues sont des étrangères pour eux et elles leur demandent souvent quels sont leurs problèmes et comment ils les résolvent. Les patients voient cela comme un manque de professionnalisme et par conséquent ils « surveillent » les nouvelles infirmières. Avoir différentes infirmières dans une situation conduit à une interruption de la relation avec les soins infirmiers.</p> <p>1.5 Participation/exclusion: important d'être impliqué dans la relation patient-infirmière et dans leurs soins. Essentiel d'être respecté et impliqué dans les décisions. Ils prennent soit la responsabilité totale des soins, soit parviennent à un consensus. Il peut arriver qu'ils se sentent exclus des soins, bien qu'ils reconnaissent leurs compétences. Parfois ils ont exprimé leur désaccord en espérant que les infirmières respectent leurs choix, d'autres fois ils ont laissé faire, voulant éviter un conflit.</p>
2. Position de substitut de l'infirmière	<p>Les infirmières remplacent leurs fonctions et leur santé défaillantes. Celles-ci sont reliées à la volonté, aux besoins et à la capacité émotionnelle des patients. A nouveau plusieurs sous-thèmes par oppositions binaires.</p> <p>2.1. Faire pour/faire contre: les actes des infirmières sont souvent en accord avec les souhaits. Important pour eux qu'elles puissent communiquer à leur place avec les hôpitaux ou les centres des SAD. Apprécient aussi que les différents interlocuteurs se coordonnent entre eux, qu'ils sentent cette implication. Il arrive parfois qu'elles ne respectent pas les opinions des patients et/ou leurs croyances par rapport à leur santé.</p> <p>2.2. Besoins satisfaits/pas complètement achevés: les infirmières utilisent leurs compétences (d'ordre général et professionnelles pour substituer au manque des patients physique ou non. Leurs besoins n'ont pas été complètement satisfaits lorsqu'ils essaient d'avoir une conversation amicale, sur des sujets généraux et les infirmières manquaient souvent de connaissances générales. Incomplets lorsqu'elles sont centrées sur leurs tâches et ne prennent pas en considération la personne (par de bavardage).</p> <p>2.3 Bonne humeur/mauvaise humeur: la personnalité des infirmières est importante pour les patients : la bonne humeur (convivialité, gentillesse, encouragement), prête à aider et soutenir, et avoir un bon état d'esprit. Être gentil revient à ne jamais dire non au patient. La bonne humeur les soutient, les stimule et les rend satisfaits. Quand elles sont de mauvaise humeur, les patients le deviennent aussi. Ils ont aussi parfois perçus les encouragements et la bonne humeur comme des ruses pour les faire accepter certains soins, mais voient ça comme un moyen de les aider. Les patients voient aussi que les infirmières et les patients ont l'obligation de maintenir une bonne relation. La bonne humeur est alors nécessaire et les aide dans leur situation.</p>
Discussion	<p>Etude permet d'avoir le point de vue des patients par rapport à la relation infirmière/patient dans les SAD. Les patients voient les infirmières dans une position de « substitut » qui doivent effectuer leur travail en suivant les souhaits des patients et leurs habitudes, c'est une compensation de leur santé défaillante. Les patients ont été extrêmement sensibles lorsqu'elles sortaient de cette position. La position en « sauvegarde » du patient semble s'être construite suite à cela. Celle-ci n'est pas en premier lieu une recherche d'autonomie, mais une volonté de préserver les possibilités des patients aussi longtemps que possible. Ces positions de « sauvegarde » et « substitut » ne se sont pas construits de manière isolée, mais dans la relation sociale (ce qui rejoint la théorie de l'introduction, émergence de concepts)</p> <p>Le lieu du domicile crée un sentiment d'appartenance où le patient dicte les règles. Les infirmières doivent agir en accord avec cela. Les patients veulent aussi se sentir des personnes et non pas que des patients ou des maladies. La position de sauvegarde peut être reliée au concept d'auto-protection, lui-même inhérent à l'homme. Les patients ne peuvent pas remettre en cause les compétences professionnelles médicales qu'ils ne</p>

	<p>connaissent pas, mais selon leur propres valeurs : hygiène, tendre ou insensible et réalisé dans le respect du jour. Les patients se sont protégés non pas des tâches effectuées, mais de la manière dont elles étaient effectuées. Si elles rejoignaient les valeurs et les habitudes des patients il était possible de co-construire les soins avec les infirmières.</p> <p>Co-soigner est stéréotypée comme une caractéristique féminine. La femme, par son langage dans le soin, se soucie de la sympathie, écoute plutôt qu’initie et promeut la participation plutôt que l’isolement. Elle utilise de la chaleur, de la gentillesse, de la compréhension, de la compassion et du soutien, ce qui peut être relié à la « bonne humeur » décrite par les patients. La gentillesse peut aussi devenir un défaut, lorsque les infirmières « prennent trop en charge » le patient, comme une mère le ferait, et les patients perdent alors leur « pouvoir d’actions ». Ceci peut contribuer à construire ces positions de « sauvegarde » et substitut lorsque les patients ont la possibilité et la volonté de s’impliquer dans les soins. Les patients apprécient beaucoup les soins personnalisés. Cela nécessite que les infirmières soient réceptives et perçoivent les capacités des patients et leurs habitudes. Elles doivent aussi les voir comme des personnes à part entière, mais ne pas les laisser non plus trop se sentir en bonne santé et faire ce qu’ils veulent (patients interviewés en relative bonne santé, résultats sûrement différents avec autre population).</p>
Considérations méthodologiques	<p>Une limite est la différence entre normatif et descriptif dans les énoncés. Comme les discours (le langage) est à la fois les deux dans sa production et reproduit aussi les normes sociales il est difficile de savoir si les patients ont décrit la position des infirmières comme celle qu’ils auraient aimé. Cela demande des recherches plus poussées. Choix délibéré d’un petit échantillon car le focus est mis sur le langage utilisé. L’échantillon a été choisi avec soin pour pouvoir bien exprimer leurs impressions. Cependant, ils étaient en relative bonne santé, les résultats peuvent donc être différents avec un échantillon de patients en moins bonne santé.</p>
Conclusion	<p>La position de sauvegarde montre la volonté des patients d’être actifs dans les soins et de les contrôler. Elle peut être vue soit comme une critique en réaction aux soins prodigués ou comme une volonté de co-crée leurs soins. Les infirmières peuvent se sentir menacées dans leurs soins si leur point de vue éthique voit les patients comme passifs. Si leur point de vue éthique voit les patients comme un participant actif, alors la sauvegarde peut être vue comme un aspect qu’elles doivent respecter et prendre en compte.</p>

30 GRILLES E8

Nurses as guests or professionals in home health care

Öresland S., Määttä S., Norberg A., Winther J. & Lützen K.
Nursing Ethics, 2008, 15 (3)

30.1 GRILLE D'ANALYSE CRITIQUE

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Analyse objective	Analyse subjective
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le PICO est respecté. Le phénomène d'intérêt est implicite (la position de l'infirmière), le contexte est présenté (le service de soins à domicile) ainsi que la population (les infirmières).	Titre court et « accrocheur ». Il met en évidence la difficulté du positionnement de l'infirmière à domicile : invité ou professionnel ?
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Toutes les parties de la recherche sont présentes : son but, la méthode et les résultats. Le cadre théorique de l'éthique est mis en évidence dans le résumé, bien qu'il ne soit ensuite pas développé.	Bien synthétique.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Les auteurs mettent en lumière les différents positionnements de l'infirmière à domicile (invitée et professionnelle), différents d'une institution. Cela peut entraîner une sorte de « perte de pouvoir » qui peut engendrer des conflits et influencer les soins. Le but des auteurs est d'explorer comment les infirmières se perçoivent lorsqu'elles prodiguent des soins à domicile.	Le problème est « posé », mais peut-être un peu mal structuré, notamment avec le cadre théorique.

Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			De nombreuses études sont référencées, relatives au contexte des soins à domicile, au rôle infirmier, à la relation soignant-soigné. Le contexte du domicile est aussi développé, ses implications éthiques et les positions des professionnels qui y travaillent. La notion de pouvoir de l'infirmière est également mentionnée, ce qui rejoint la question du positionnement.	Plusieurs études citées, qui quadrillent bien le phénomène étudié.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			La tradition de recherche est l'analyse de discours qui s'inscrit dans la sociolinguistique. Le cadre épistémologique et l'idéologie socioconstructiviste sont également mentionnés.	La recherche est clairement inscrite dans une tradition de recherche qualitative. Cadre socioconstructiviste. Tradition et orientation bien décrites !
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Une seule question ressort clairement : comment les infirmières décrivent-elles leur position à domicile et les soins qu'elles donnent ?	Question relativement vague, les auteurs auraient pu en décrire plusieurs, plus ciblées, afin de préciser leur orientation.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Elle découle bien de l'état des connaissances. Celui-ci, bien développé, suscite néanmoins plus de questions implicites.	Comme mentionné ci-dessus, les auteurs soulèvent largement la problématique et la (les) question (s) auraient pu être plus développées.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspondent-elles à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis	X			Il s'agit d'une analyse de discours (étude qualitative). Toutes les étapes sont clairement décrites et en adéquation avec les procédures de recherche empirique. Les chercheurs mettent en avant leur approche inductive. Leur analyse réflexive est présente durant toute l'étude et ils précisent la finalité de leur recherche par rapport aux résultats trouvés. Cette méthode s'inscrit dans la tradition de recherche socioconstructiviste mentionnée par les auteurs.	Devis suffisamment décrit, il rejoint la réflexion des auteurs et leur orientation.

	de recherche ?					
Popula- tion et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Il y a 9 infirmières et 1 infirmier diplômés interviewés (n=10). Agés entre 42 et 59 ans avec de l'expérience à domicile et institution. Contexte : deux secteurs de SAD, Suède.	L'échantillon semble relativement petit, à voir de quelle manière ils approfondissent l'analyse. Contexte que brièvement décrit
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Aucune mention de saturation des données.	Pas mentionné !
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Entretiens, d'une durée entre 60 et 90 minutes, enregistrés puis retranscrits. Les entretiens ont lieu dans les bureaux infirmiers, commencent par des questions ouvertes puis des demandes de précisions sur certains points abordés. Les auteurs ne mentionnent cependant pas quels points ont été approfondis.	Peut-être aurait-il été bien de la faire en-dehors des bureaux infirmiers afin de permettre une expression plus libre (?) Manque la question des approfondissements.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Il s'agit ici d'une recherche sur le positionnement infirmier, les entretiens sont un bon moyen pour explorer ce phénomène.	Toujours la même chose ! rejoint autres études !
Déroule- ment de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Toutes les étapes de la procédure sont décrites. Tous les participants sont informés du déroulement et du but de la recherche, ainsi que de son caractère confidentiel. L'étude a été approuvée par le comité éthique de la faculté de médecine de l'université de Gothenburg, Suède.	Procédure juste suffisamment décrite. Aspects éthiques respectés
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude			X	Certains aspects méthodologiques sont décrits un peu sommairement (procédure, contexte). Cependant les auteurs décrivent bien leur cadre idéologique et la tradition de	Lacunes méthodologiques compensés par éthique, cadre, et tradition de recherche.

	afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?				recherche dans lesquels ils s'inscrivent, ce qui accroît leur crédibilité, ainsi que les aspects éthiques qui sont également respectés. Le fait que la population ait de l'expérience augmente la rigueur de l'étude, ainsi que l'expérience des auteurs dans le domaine de la recherche et leurs nombres (5). La transférabilité est aussi relevée par un réexamen des transcriptions des interviews.	
Résultats Traite- ment des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Chaque étape est décrite : 1 : 1 ^{ère} lecture permettant d'avoir une vue d'ensemble (en ciblant les positionnements infirmiers) 2 : Approche inductive, émergence des 2 positionnements infirmiers: professionnel et invité. 3 : Relecture avec cette vision et comparaison avec les autres interviews. Finalement regroupement par associations et mise en opposition des éléments.	Analyse des données bien décrite comparativement à la procédure et à la collecte des données.
Présenta- tion des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont catégorisés en 2 grandes catégories : la position infirmière d'invitée et la position professionnelle. Chaque catégorie est ensuite subdivisée en plusieurs sous-thèmes. Laposition d'invitée ressort clairement, par comparaison et « opposition » avec le positionnement infirmier à l'hôpital. Les sous-thèmes émergents sont : le respect du monde des patients (demande de permission, profil-bas) et l'individualisation du patient à domicile. Laposition de professionnelle est quant à elle subdivisée avec les thèmes : actions professionnelles et/ou décontractées, pas une relation amicale mais une relation professionnelle-amicale, garder une distance professionnelle, communiquer dans un langage commun et créer un lien de confiance. Les résultats ne sont que sous forme de texte. Un tableau récapitulatif et synthétique aurait permis d'avoir une vision d'ensemble.	Les associations par chaîne d'équivalence (oppositions) ne sont pas très claires et les tableaux n'apportent pas de compréhension supplémentaire si ce n'est pour mettre les thèmes en opposition. Résultats intéressants : Comparaison hôpital vs domicile. Hôpital = référence !?Respect, individualisation. Invité – professionnelNégociation, communication. Plus de temps à domicile pour la relation, plus d'implication. Distance reliée au professionnalisme
Discus-sion Intégra- tion de la	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche			X	Les résultats sont discutés et mis en lien avec des recherches antérieures. Cette étude apporte un nouvel éclairage en mettant en avant la position professionnelle et non plus	Les liens directs ne sont pas très bien explicités ni bien argumentés à l'aide des résultats ou des concepts sous-jacents.

théorie et des concepts	philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?				seulement celle d'invitée, déjà présentée auparavant. L'infirmière « jongle » entre les deux, se référant aux principes éthiques de responsabilité, de distance et de justice. Les auteurs discutent aussi de la relation à domicile, différente car plus proche du patient. L'approche philosophique socio-constructiviste est présente implicitement.	Beaucoup d'implicites.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Les auteurs sont conscients qu'une généralisation des résultats est difficile avec une recherche de type qualitative. Ils mentionnent aussi un examen plus approfondi de la retranscription des résultats, lequel n'a relevé que des défauts mineurs, ce qui augmente la générabilité des résultats.	Généralisation difficile due à la méthode qualitative.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			X	Les auteurs mentionnent la limite de l'étude de par sa méthode, l'analyse de discours, qui possède inmanquablement un biais de par la différence de langage utilisé, et du fait qu'elle soit peu généralisable. Une autre limite mentionnée est l'aspect éthique, qui fait appel aux normes de chacun et qui est donc propre à chaque professionnel. Les auteurs soulèvent également une différence dans les discours masculins par rapport au rôle professionnel et aux normes	Le nombre relativement peu importants d'infirmiers interrogés n'est pas mentionné, ce qui nous paraît être également une limite. Les auteurs sont auto-critiques, bien.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les implications pour la pratique ne sont pas clairement mentionnées, mais implicites dans la lecture des résultats, de la discussion et de la conclusion. Les auteurs suggèrent plusieurs types de recherches complémentaires. Tout d'abord sur la norme du rôle infirmier qui se trouverait à l'hôpital, créant ainsi des difficultés pour les infirmières d'affirmer leur rôle à domicile. Les auteurs trouveraient aussi intéressants d'investiguer l'avis des patients pour décrire leur expérience des soins à domicile. Une recherche sur le maintien de la distance comme moyen de protection est aussi mentionnée.	Il manque une synthèse des implications et/ou stratégies concrètes pour la pratique.

Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est agréable à lire et relativement bien structuré. Quelques flous apparaissent dans la méthodologie, compliquant un peu l'analyse. Quasiment toutes les données sont présentes, mais parfois un peu dispersées dans le texte. Il manque néanmoins certains détails, surtout dans la méthodologie où la retranscription des interviews et la catégorisation ne sont que brièvement expliquées. Il aurait été intéressant d'avoir ces détails pour que l'étude augmente en pertinence et valeur scientifique (plusieurs catégorisations par plusieurs chercheurs différents, saturation des résultats).
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Elle met en lumière les deux positionnements des infirmières à domicile et se relève utile pour éclairer la pratique dans ce milieu de soins. Plusieurs stratégies utilisées par les infirmières sont abordées, malheureusement elles sont dispersées dans les résultats et la discussion.
Limites de l'étude	Pas de saturation des données (Procédure décrite à la limite du suffisant) Petite population (n=10) Généralisation difficile due à méthode				

30.2 GRILLE TRADUCTION-RÉSUMÉ

Nurses as guests or professionals in home health care

Öresland S., Määttä S., Norberg A., Winther J. & Lützen K.
Nursing Ethics, 2008, 15 (3)

Enoncé du problème	Argumentation de l'augmentation des soins à domicile qui deviennent de plus en plus courants et plus complexes de manière générale (vieillesse de la population). Les différents positionnements de l'infirmière dans ses relations avec les patients à domicile sont identifiés : invité ou professionnel ? Les auteurs mettent aussi en évidence une différence à domicile d'une institution et leur « perte de pouvoir » à domicile où elle devient l'invitée, ce qui peut engendrer des conflits et influencer les soins.
But de la recherche	Explorer comment les infirmières se décrivent pendant qu'elles prodiguent des soins à des patients dans leur propre maison.
Recension des écrits	La littérature démontre maintenant plus l'accent sur le lieu de soins avec des concepts différents y relatifs. Une partie de la littérature considère que l'expérience des soins est liée à l'emplacement, à la signification que les gens accordent à ce lieu (ici le domicile). Une autre partie de la littérature considère que c'est la relation interpersonnelle soignant-soigné qui va influencer l'expérience du soin. L'asymétrie du pouvoir est mise en évidence à l'hôpital dans de nombreuses études alors que ce n'est pas le cas à domicile. La sphère privée renvoie à des dimensions morales et créent des déséquilibres dans le pouvoir car bien que les patients soient chez eux ils sont dépendants de professionnel de santé. Les recherches pointent le besoin d'étudier les diverses positions ou rôles des soignants à domicile dans leurs relations avec les patients ainsi que les implications éthiques liés au domicile. Des conflits peuvent survenir entre la position des soignants et les demandes des patients. Parfois le terme d'invité est utilisé pour décrire la pratique infirmière dans ce contexte, bien que la plupart des études n'aient pas exploré cette position d'invitée chez les infirmières.
Cadre théorique ou conceptuel	L'étude se base sur un cadre épistémologique socio-constructiviste. Ce cadre, selon Burr, Winther, Jørgensen et Phillips se construit autour de quatre attributs : 1 : le langage qui joue un rôle dans la construction de l'identité, de la relation et du système de connaissances. 2 : une approche critique des connaissances qui sont automatiquement influencées par nos propres concepts et représentations (→ subjectif) 3 : une vision du monde influencée par l'histoire, les normes socio-culturelles et l'individu. 4 : l'interaction entre les connaissances et les actions ou processus sociaux → influences réciproques. → choix de l'analyse de discours largement utilisé pour explorer comment cette expérience « sociale » se construit
Devis de recherche	Analyse de discours → recherche qualitative descriptive phénoménologique interprétative.
Population et contexte	Infirmières diplômées (9 infirmières et 1 infirmier) prodiguant des soins à domicile dans deux secteurs de soins de Suède. Agés entre 42 et 59 ans, ayant de l'expérience également en institution, 3 spécialisés en soins intensifs et 6 en médecine-chirurgie. Expérience professionnelle entre 6 et 28 ans.
Collecte et analyse des données	Interviews dans le bureau infirmier, durée entre 60 et 90 minutes, après une petite discussion d'entrée en matière (présentation, clarifications.... Entretien enregistré puis retranscrits. Quelques questions illimitées (=ouvertes ?) leur demandant de décrire et réfléchir sur les soins aux patients, suivies de demandes d'explications plus précises sur certains points importants abordés. Le contenu des entretiens n'est pas analysé dans les informations qu'ils donnent, mais dans le but de comprendre la structure, les tendances et les discours derrière les expressions des gens. Analyse des données selon concept « chaîne d'équivalence » : les mots prennent sens que lorsqu'ils sont en relation

	<p>avec un contexte spécifique et en lien avec d'autres mots.</p> <p>Analyse en 3 temps : 1 : Plusieurs lectures afin d'obtenir une vue d'ensemble. Cette phase permet de mieux définir le but de la recherche. Par une approche inductive, l'analyse se focalisa sur comment les infirmières décrivent elles-mêmes quelle position elles disent prendre lorsqu'elles prodiguent des soins à domicile. 2 : Chaque interview est ensuite relue avec cette ligne de mire. Deux positions émergent alors : invité et professionnel. 3 : Analyse des comportements similaires et des différences relatives à chaque position → associations et regroupements de mots-clés en opposition binaire. Ces éléments opposés étaient soit clairement explicités dans le texte, soit sous-jacents dans le discours. Les questions guidant l'analyse étaient : où, quand et comment apparaissent ces 2 positionnements.</p> <p>Les auteurs soulèvent également la question des différences de langage suscité par une étude de type analyse de discours. Le cadre conceptuel est posé, épistémologique et socioconstructiviste, amenant à une méthode de type analyse de discours.</p>
Résultats	
Position d'invitée	<p>Presque toutes les infirmières ont utilisé le terme d'invité. Comparaison avec les infirmières en milieu hospitalier Toutes pointent une différence, plus engagées à domicile et plus « autoritaires » à l'hôpital. L'environnement incite à un certain rôle. La façon de se comporter des infirmières à l'hôpital est la représentation générale des infirmières ceci ne correspond pas aux infirmières à domicile car là il faut se comporter comme des invités. Respect du monde des patients: Les patients sont « aux commandes » à domicile, c'est leur monde. Les infirmières doivent s'y ajuster. Les patients décident plus, les relations sont plus égalitaires car la rencontre se fait avec leurs propres conditions. Les infirmières doivent respecter certaines règles d'invité. Patients plus individualisés à domicile: Relations plus symétriques qu'à l'hôpital, ils ont une histoire, sont plus connus comme individus, moins « objets » qu'à l'hôpital → moins d'implication quand les patients sont vus comme des objets. Important pour les infirmières de construire une relation de confiance à domicile. Quand la relation s'approfondit, les patients voient cette égalité et ne sentent pas menacés. Cette relation est plus difficile à construire à l'hôpital (moins de temps).</p> <p>Demander la permission: diverses stratégies sont utilisées par les infirmières à domicile où la communication joue un rôle central. Elles veulent éviter de faire irruption chez les patients et leur imposer leurs valeurs. Une stratégie est de se familiariser avec leurs patients, une autre est de demander la permission d'entrer dans la maison et d'utiliser l'espace. Tenir un profil-bas: la confiance est décrite comme l'élément de base dans la relation, les patients ne doivent pas avoir de craintes par rapport à l'inf. Une stratégie est de leur permettre de guider la conversation et pour l'infirmière d'imiter leur façon de parler. Les infirmières se comportent comme elles aimeraient que des invités se comportent chez elles. Montrer du respect et en aucune manière dépasser les limites est fondamental. Lorsqu'elles sentent qu'elles ne sont pas acceptés → malaise → stratégie : tenir profil-bas, comme un invité.</p>
Position de professionnelle	<p>Bien que les infirmières préfèrent la position d'invitée elles doivent cependant prendre la position d'un professionnel parfois.</p> <p>Actions « incisives »- décontractées: Quand la situation le demande, toutes les infirmières disent qu'il est important de passer d'une position « décontractée » à une position plus « décisive ». Stratégies : contrôler la situation (?), organiser les soins, organiser la journée (contrôle du temps), prioriser les patients, avoir la responsabilité du patient (référence → permet d'avoir plus de temps). Méthodes de communication :</p>

	<p>persuasion, négociation. Font appel à leurs connaissances qui leur donnent une certaine « autorité » et un respect. Restent sensibles aux opinions du patient (si divergent), mais insistent avec les bases médicales. Nécessaire d'avoir le courage de tenir cette position et d'avoir confiance en leur expérience. Elles donnent des conseils sur les traitements, la nutrition, soutiennent patients et proches-aidants. Parfois les responsabilités infirmières sont compromises : lorsque les patients refusent les soins, un environnement sal. Dans ces cas les infirmières font appel au médecin à qui elles remettent la décision. Pas un ami personnel: La relation avec le patient reste professionnelle, les infirmières gardent en tête le but professionnel de leur visite et les différencient de leurs amis privés. Distance-proximité: Nécessaire pour elles de garder leur distance. Exprime leur malaise d'être trop proche. Garder les distances est relié au professionnalisme et un travail de qualité. Stratégie pour garder distance : différencier clairement entre la personne privée et la personne faisant son job. Le temps plus long et les aspects géographiques à domicile contribuent à construire la relation à domicile, (échanges plus longs) contrairement à hôpital. Les infirmières sont réellement impliquées émotionnellement et intellectuellement avec les patients. Communication → concrète – mise en confiance: Les infirmières doivent parfois mettre de côté leurs propres valeurs en vue d'atteindre un certain but. La négociation est un aspect important du rôle inf., avec les patients, mais aussi avec les collègues et les proches-aidants. Nécessite la compétence de savoir quand concéder ou pas (compétence s'acquiert avec l'expérience). Important que les patients se sentent en confiance. Stratégies : profil-bas, calme et à l'écoute, prendre les choses légèrement, petite discussion-introduction avant les soins.</p>
Discussion	<p>La position d'invitée des infirmières à domicile n'est pas nouvelle et a déjà été recensée mais les études ne montraient l'infirmière que sous cette position. Cette étude montre que la position d'invitée est un ticket d'entrée et que les infirmières laissent volontairement aux patients la position de « chef ». Les relations professionnelles sont informelles et personnelles et les infirmières vont connaître réellement les patients en tant que personne. La position d'invitée peut être vue comme nécessaire à la construction de l'égalité dans la relation, laquelle se construit comme une relation privée (→ cf autre recherche « rencontrer... ») La position d'invitée se construit sur des bases de proximité, confiance, réceptivité et affiliation, et avec un cadre éthique des soins. L'étude montre que les infirmières se positionnent soit comme invitée soit comme professionnelle en fonction des circonstances et en se basant sur leur expérience. Lorsqu'elles se positionnent en professionnelles elles mettent en avant leurs connaissances médicales et le but de leur visite. Elles adoptent une attitude pragmatique et adaptent leur communication selon leur choix d'être ou non « autoritaire ». Cela implique un choix moral de leur part quant à savoir si elles doivent être décontractées ou plus dans une position autoritaire. Dans la relation, les infirmières naviguent entre distance et proximité. Hypothèse que la distance est un mécanisme de défense et un moyen de ne pas se perdre → à investiguer.</p> <p>La position professionnelle des infirmières crée une asymétrie dans la relation (pouvoir), c'est pourquoi les négociations sont présentes avec les patients et les aspects éthiques soulevés chez les infirmières. D'ailleurs les infirmières argumentent toujours le choix de cette position, les auteurs suggèrent que c'est parce que la norme du rôle infirmier se situe en milieu hospitalier. Cela nécessite autre recherche. Les infirmières doivent faire un choix entre ces deux positionnements car il est impossible d'être les deux en même temps, ce qui appelle implicitement à des réflexions éthiques et/ou des demandes implicites de préciser leur rôle par rapport à d'autres normes que l'institution.</p>
Conclusion	<p>Les infirmières semblent devoir choisir entre être une invitée et être professionnelle et ne peuvent pas être les deux en même temps. Les infirmières doivent être réceptives aux besoins de la situation et leurs actes, suivant leur éthique, doivent s'accorder à ces deux positionnements. Elles ne voient cependant pas les personnes soignées comme des hôtes, mais bien comme des patients. Cela peut s'expliquer</p>

	par le fait qu'elles ne soient pas invitées directement, et là pour faire un travail. Intéressant dès lors d'investiguer le point de vue des patients.
--	--

31 GRILLES E9

Examining the language–place–healthcare intersection in the context of Canadian homecare nursing

Giesbrechta M. D, Crooksa V. A and Stajduharb K. I

University of Victoria, Victoria, BC, Canada, Nursing Inquiry, 2014, 21 (1), 79-90

31.1 GRILLE D'ANALYSE CRITIQUE

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Analyse objective (méthodologique et scientifique)	Analyse subjective
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?			X	L'article traite du langage, de la place et des soins dans un contexte de soins à domicile. La population n'est pas claire ni le phénomène d'intérêt.	Les composantes du phénomène étudié sont présentes mais ne permettent pas de saisir directement comment il est étudié, ni par quel point de vue.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			L'introduction, le cadre théorique et la méthodologie sont présentés. Les auteurs décrivent également les principaux résultats.	Bon résumé, éclaire le lecteur sur le contenu de l'article. Manque peut-être la population plus précise (le nombre de participants).
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le langage est très important dans les soins infirmiers. D'autre part les SAD sont un secteur en plein essor. Les auteurs veulent étudier l'influence du lieu du domicile sur le langage utilisé dans les interactions et son influence sur la santé des patients.	Bonne introduction, les auteurs amènent le problème de façon structurée. Problématique agréable à lire et se suit logiquement.

Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Les auteurs utilisent de nombreuses références pour leur problématique qui est bien synthétisée. Ils y intègrent la définition de leurs concepts, également bien référencés.	La recension des écrits est pertinente et complète. Evolution des SAD présente comme autres articles
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	Concepts développés : le langage, la santé, le lieu (ou place). L'étude s'inscrit dans la tradition ethnographique et dans une idéologie socio-constructiviste, suivant le cadre conceptuel de Smith qui relie les expériences de tous les jours (microprocessus) aux aspects sociaux, historiques et économiques (macroprocessus).	Idéologie socio-constructiviste implicite → cf autres articles idem.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Une seule question : comment le contexte du domicile influence-t-il le langage utilisé durant les interactions des soins infirmiers à domicile?	Question bien amenée, claire et mise en évidence. Mais une seule question.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			La question suit, de manière logique, l'état des connaissances et résume bien la problématique développée par les auteurs.	Le but, mis après la question, permet aussi de bien saisir la volonté des auteurs : mettre en avant le contexte des SAD .
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Etude ethnographique. Les méthodes (observations participatives + entretiens) correspondent bien à ce devis. Les auteurs passent de nombreuses heures sur le terrain en observation (36) auxquels s'ajoutent les entretiens, ce qui nous paraît être en adéquation. les entretiens avec les patients sont cependant nettement plus courts qu'avec les infirmières et les proches-aidants, ce qui nous interroge.	De plus les auteurs prennent en compte tous les participants aux interactions, ce qui rejoint bien l'idée d'une analyse ethnographique (immersion dans le phénomène). Entretiens plus courts avec les patients (20 minutes contre 1 heure), pourquoi ?

Popula- tion et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X		X	5 triades infirmières-patients-proches aidants. Au total 4 infirmières, 5 patients, 5 proches-aidants. L'échantillon est très bien détaillé dans un tableau plus sous forme de texte. Les caractéristiques pertinentes des participants sont décrites (âge, expérience dans SAD, pathologies). Le contexte n'est cependant pas réellement décrit (rural ? citadin ?)	Excellent tableau, bonne vision d'ensemble de la population → améliore possibilités de transférabilité.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Pas mentionné clairement.	A nouveau pas mentionné.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Observations avec prises de notes à domicile. Les chercheurs utilisent une grille d'observation avec les items à suivre. Puis des entretiens sont réalisés avec les infirmières, les patients et les familles afin de clarifier et de confirmer les observations faites.	Collecte de données bien décrites. Rigueur augmentée grâce à la grille d'observation. Bien de confronter les observations avec les entretiens.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Les observations et entretiens correspondent au phénomène étudié qui est exploratif.	Méthode correspond.
Déroule- ment de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			La procédure de recherche est bien décrite. Les auteurs décrivent la méthode de sélection des participants, la méthode de recueil de données et l'analyse de celles-ci. L'université de Victoria a donné son accord éthique pour l'étude. Les auteurs mentionnent aussi l'interruption de leurs prises de notes lors des interactions trop émotionnelles.	Procédure bien décrite. Les auteurs ne mentionnent pas clairement, au niveau éthique, les informations qu'ils ont données aux patients, relatives à leur droit de rétraction, confidentialité....
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs	X			Ils utilisent le logiciel NVivo 7 pour coder leurs données. La sélection des participants, le recueil de données, et l'analyse des données sont très bien décrits ce qui montre la rigueur des	NVivo 9 dans autres articles, ici NVivo 7

	conclusions soient crédibles et transférables ?				auteurs. Un auteur ayant déjà observé ce thème (langage-place) lors de la précédente étude augment la crédibilité et transférabilité des résultats.	Grille d'observation très bien
Résultats Traite- ment des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Les auteurs décrivent largement leur méthode (analyse inductive et déductive des thèmes émergents, codage et catégorisation).	Ok
Présenta- tion des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont bien structurés sous forme de texte. Une introduction permet d'avoir une vue d'ensemble. 4 thèmes principaux sont ressortis : 1. Infirmières comme des invités : Dynamique de pouvoir différente à domicile, rôles inversés par rapport à hôpital. 2. Espace social du domicile : Notions de limites, de territoires à respecter. Permet d'ouvrir des portes pour approfondir la relation. 3. Langage adapté : Les infirmières s'ajustent aux clients. Partenariat nécessaire à domicile, plus qu'à l'hôpital. Les infirmières « traduisent » les termes médicaux et les enseignements. 4. Histoires/récits : Le domicile favorise les histoires, autour de la maladie et autres, informelles. Passe par l'humour, les métaphores, les expériences personnelles des infirmières.	Les auteurs auraient pu les résumer dans un tableau. Rejoint autres articles + esquisse → rôles inversés Limites, territoires → infos utiles pour la relation. Adaptation, partenariat plus qu'à l'hôpital.
Discus- sion Intégra- tion de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les auteurs interprètent les résultats à l'aide de l'approche ethnographique du langage, et de recherches antérieures sur: la puissance du biomédical, la lutte de pouvoir à domicile, la recherche d'adaptation des infirmières aux milieux.	Bons liens avec autres études, cela nuance les résultats et les met en évidence. Approche ethno du langage toujours présente.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des	X			Elle met en avant la difficulté de généraliser les résultats à cause de la population interrogée qui n'est pas forcément représentative et ici biaisée par plusieurs limites (cf limites ci-dessous). Les auteurs font toutefois preuve de beaucoup de	Chercheurs très critiques avec leurs résultats. (sens positif du terme)

	conclusions ?				rigueur dans leur méthode, ce qui augmente la possibilité de transfert.	
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui ils exposent clairement plusieurs limites : premièrement ce sont des infirmières volontaires, donc se sentant bien dans leur rôle, les familles interrogées sont aussi celles avec qui elles ont de bonnes relations, et de plus 4/5 sont dans des situations de soins palliatifs dans lesquels les infirmières ont tendance à être plus accommodantes. Ils mettent aussi en avant la part de subjectivité que comporte une étude ethnographique, cependant contrée par la grille d'observation et les entretiens.	Très peu ou pas d'études sur ce thème → pas de comparaisons possibles
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les auteurs y consacrent même un chapitre. Ils mettent en avant les différents rôles de chacun à domicile : hôte, invité, client, professionnel, ce qui peut entraîner des attentes contradictoires. Reconnaître cette complexité peut être une aide à la pratique, tout comme connaître les limites personnelles de chaque client, facilite les échanges et la formation de la relation dans le respect. Des programmes de formation spécifiques à ce contexte de soins seraient bénéfiques pour le futur (SAD en augmentation) ainsi que sur la puissance du langage comme outil d'intervention. D'autres études relatives aux liens du contexte-langage-soins sont nécessaires, éventuellement aussi avec une analyse visuelle de ces liens.	Implications pour la pratique bien mises en évidence dans un chapitre. Niveaux des rôles Niveau de l'approche relationnelle
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Bien écrit, bien structuré avec chapitres claires qui facilitent l'analyse. Tableaux très utiles dans la méthodologie.	
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être	X			Bien que les auteurs mettent en avant la difficulté de généraliser les résultats obtenus, ceux-ci permettent néanmoins d'éclairer les professionnels quant à leur positionnement dans la pratique et leur donnent des pistes pour faciliter la construction d'une relation de confiance.	

	utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				
Limites de l'étude	Généralisation difficile due à l'échantillon peu représentatif (biais) Pas de saturation des données mentionnée Mesures éthiques auprès des patients pas clairement mentionnées				

31.2 GRILLE TRADUCTION-RÉSUMÉ

Examining the language–place–healthcare intersection in the context of Canadian homecare nursing	
Giesbrechta M. D, Crooksa V. A and Stajduharb K. I University of Victoria, Victoria, BC, Canada, Nursing Inquiry, 2014, 21 (1), 79-90	
Enoncé du problème	Le langage est un puissant outil de communication, dans la vie de tout le monde et également dans les soins. il véhicule des émotions, permet d'échanger des connaissances, de soigner. Certains mots utilisés peuvent affecter les patients.
Recension des écrits	Le langage médical crée souvent des incompréhensions chez les patients. Le modèle médical étant vu comme la vérité, cela engendre de la confusion chez les patients et augmente les positionnements inégaux (inégalité de pouvoir)
Cadre théorique ou conceptuel	Le langage est aussi reconnu comme dépendant du lieu , qui va façonner les interactions sociales. La place, autrefois vue comme fixe maintenant beaucoup plus complexe et dynamique. Les gens y attachent leurs propres significations par rapport à leur vécu et leur compréhension. La définition de la santé n'est maintenant plus non plus vue comme une absence de maladie, mais comme un bien-être physique, mental et social. Peu d'études sur cette intersection entre le langage-la place et les soins donnés. Etudes plus ciblées sur la relation langage-santé ou langage-relations. Une étude traite cependant de l'influence du lieu sur le langage utilisé et son influence. Une étude de ce est d'autant plus pertinente que les SAD sont un secteur en plein essor. De plus en plus de soins sont donnés à la maison, y compris par les proches-aidants. Les infirmières communautaires, qui vont beaucoup augmenter, seront alors plus un soutien pour les soins techniques. Etant donné l'accroissement de ce secteur, comprendre la façon dont le langage et les soins interagissent dans les SAD est d'autant plus important. Cette compréhension peut aider à faire la lumière sur cette relation entre le langage, le lieu et les soins et de quels sont les impacts sur les

	<p>résultats de soins, sur la santé. Question des auteurs : comment le contexte du domicile influence-t-il le langage utilisé durant les interactions des soins infirmiers à domicile? But : mettre en avant le contexte des SAD et leurs interactions de soins afin d'optimiser la pratique. Pour ce faire, les auteurs feront une analyse secondaire des résultats.</p>
Devis de recherche	<p>Etude ethnographique, secondaire à une précédente étude : <i>comment l'autonomisation de la famille est interprétée et vécue dans les SAD</i> ? Le devis ethnographique permet de comprendre un phénomène en profondeur dans leur propre environnement. Le but de ce devis est de mettre en lumière le pouvoir, les structures sociales et les idéologies influencent les expériences individuelles, mais aussi de générer des connaissances pour la pratique. Ce devis a suivi le point de vue de Smith qui préconise de relier les expériences de tous les jours (micro) aux processus sociaux, politiques, historiques et économiques (macro) (→ socioconstructivisme). L'équipe est composée d'universitaires et d'infirmières cliniciennes, qui ont collaboré tout au long de l'étude. L'université de Victoria a approuvé l'étude d'un point de vue éthique.</p>
Population et contexte	<p>Recherche de triades : infirmières, bénéficiaires des soins, proches-aidants. Stratégie de recrutement sous forme de tableau : →directeurs des centres de SAD → infirmières → patients → infirmières recontactent chercheurs. Participants classés dans un tableau : 5 triades infirmières-patients-proches aidants. 4 infirmières, 5 patients, 5 proches-aidants.</p> <p>7 entretiens au total, 36 heures d'observation. 2 entretiens impossibles avec les proches-aidants.</p>
Collecte et analyse des données	<p>L'analyse ethnographique, basée sur des observations et des entrevues, est issue d'une première étude plus vaste réalisée par le même premier auteur → analyse et interprétation en profondeur. L'étude traite cependant une nouvelle question et a un nouvel objectif, c'est pourquoi elle est secondaire. Collecte des données : observations participatives durant les SAD donnés par les infirmières + observations dans les centres communautaires où les patients sont examinés. Explications lors de la première visite à domicile. Observations notées à la main, le plus possible, discrètement, avec un focus sur les interactions. Un guide d'observations a été utilisé (table 1). Prise de notes stoppées lorsque les conversations devenaient trop intenses émotionnellement (raisons éthiques). Immédiatement après chaque visite, toutes les notes sont reprises et organisées par sections : observations, méthodologie, théorie, réflexion.</p> <p>Parallèlement, des entretiens semi-structurés sont menés avec les infirmières, les patients et les proches-aidants, ceci afin de susciter des interprétations de leurs propres comportements observés. Les entretiens ont été enregistrés et ont une durée moyenne de 20 minutes avec les patients et 1 heure avec les infirmières et les proches-aidants. Analyse avec une « ethnographie de la communication » = examine les interactions dans une communauté spécifique. Les notes de terrain ont été saisies dans le logiciel NVivo 7, codées, puis analysées par thèmes. Analyse des données inductive et déductive, à travers modèles d'identification qui deviennent des catégories d'analyse. Ces catégories sont ensuite comparées à la littérature existante, ici avec l'ethnographie de la communication. Travail de triangulation entre le codage, les notes d'une famille (codées par 3) et les auteurs. Conversations régulières des thèmes émergents pour arriver à un consensus entre les auteurs.</p>
Résultats	<p>Le cadre de la communication ethnographique relève que le langage utilisé dans les interactions est influencé par le domicile et influence en même temps l'expérience des soins et les soins prodigués. Plus spécifiquement, 4 thèmes sont ressortis, dans lesquels émergent ces connexions entre le langage, le lieu et les soins : infirmières comme des invités, l'espace social de la maison favorise la relation infirmière-</p>

	patient, les infirmières adaptent leur langage à chaque domicile, et finalement les histoires et narrations de la maladie sont très présents à domicile.
1. Infirmières comme des invités	Les infirmières agissent généralement comme des invités. Une infirmière utilise le terme de client et non pas patient comme à l'hôpital. La dynamique de puissance est différente là-bas. Ici ce sont des clients et ils peuvent choisir s'ils nous laissent entrer ou pas. Il faut un temps pour s'y habituer, mais ici nous sommes sur leur territoire, les rôles sont inversés. Puissance des familles plus grande. Cependant les infirmières ont aussi une position formelle et leur visite a un objectif prédéterminé. → rôle infirmier complexe : invité et professionnel. Les familles confirment ces deux rôles en accrochant les manteaux et/ou en offrant une boisson ou un repas.
2. L'espace social de l'environnement de la maison	Développer une relation de confiance avec les clients a été décrit comme important pour tout le monde. A domicile, cela est souvent exprimé et augmenté par des petites marques de respect des infirmières . Ces actions participent à montrer les limites des infirmières et renforcent ces frontières par le langage. Démarcation des frontières privé/public, respect du territoire de l'autre. Les marques de respect semblent augmenter la confiance des patients, y compris dans la qualité des soins (savent qu'elle fera le mieux). L'endroit des soins informe les infirmières sur les relations émotionnelles et cognitives de cet endroit. C'est pourquoi les infirmières demandent où les patients veulent faire les soins, car celui-ci peut changer selon l'état de santé. A domicile, les proches-aidants ont aussi la possibilité de se retirer ou de participer de loin. Les infirmières utilisent les informations qu'elles observent afin d'approfondir leurs relations (questionne sur les photos). Ces discussions aident à comprendre le client et à adapter le langage. Ces conversations permettent aussi d'ouvrir des portes pour parler de l'avenir, leurs émotions ou leurs inquiétudes.
3. Un langage adapté	Le domicile influence la manière de parler des aspects médicaux et des soins. A l'hôpital le patient est un « récipient » à qui l'on dit quoi faire, alors qu'à domicile c'est plus une équipe, l'infirmière est incapable de dicter quoi faire aux familles. La façon dont les infirmières approchent la situation et leur langage sont différents. Elles attribuent cela au rythme des interactions plus soutenu à l'hôpital et des problèmes de santé plus aigus. Chaque domicile est un espace social différent. Le langage diffère entre les maisons, d'après la dynamique sociale qui y règne. Les infirmières s'ajustent à leurs clients, d'après leur perception de leur niveau d'éducation, leur compréhension de l'anglais, leur trajectoire de la maladie et leurs connaissances du diagnostic. (par ex. nomme le médicament avec une ancienne infirmière ou parle de petite pilule jaune avec un autre patient). Comme les clients sont considérés par les infirmières comme faisant partie de l'équipe soignante, il est essentiel qu'ils comprennent leurs maladies, afin de discerner les problèmes éventuels. Les infirmières « traduisent » souvent les termes médicaux qu'ils ne comprennent pas, mais sans tout leur expliquer. Une grande partie du travail des infirmières à domicile consiste à enseigner aux proches-aidants et aux patients comment effectuer eux-mêmes leurs soins. Les infirmières utilisent leurs observations pour adopter un langage approprié. Par exemple un patient se sentait confus par rapport à ses médicaments, l'infirmière lui a demandé où étaient rangés ses médicaments et c'était chaotique, ce qui explique sa confusion, et permet à l'infirmière d'éclaircir le problème.
4. Récits d'histoires et de maladies	Le langage utilisé par les infirmières à domicile facilite les échanges. En général le domicile semble prioriser les histoires autour de la maladie des patients. Les infirmières donnent d'autres situations de clients en exemple pour diminuer l'anxiété des patients, ou elles utilisent leurs expériences personnelles. Les infirmières racontent aussi des histoires (récits) pour justifier leurs suggestions. La nature informelle du

	domicile semble propice à l'utilisation de conversations narratives. Elles utilisent l'humour, les métaphores pour alléger les situations embarrassantes et/ou par clarifier des détails médicaux.
Discussion	<p>Ces résultats démontrent les liens complexes entre le langage, le lieu et les soins de santé. Ils montrent en particulier comment le pouvoir façonne le lieu social et ainsi les relations et le langage utilisé. En d'autres termes la puissance attribuée à un endroit particulier influence le langage utilisé et la valeur des gens autour de l'interaction. Bien que n'étant pas une étude comparative, ces résultats donnent un aperçu des différences de dynamique de puissance entre le domicile et les hôpitaux. Cela renforce les résultats de Liaschenko sur la puissance du biomédical à l'hôpital, et les différences de morales infirmières à domicile. Le rôle infirmier est différent dans ces deux milieux. La dynamique de pouvoir est aussi tout autre à domicile où l'infirmière devient l'invitée, pour les familles aussi. À l'hôpital, les espaces et les territoires sont inconnus et formels. À domicile, ce sont les familles qui dictent leurs règles. Les infirmières doivent y naviguer avec précaution entre le public et le privé. Des recherches ont montré que les infirmières doivent alors lutter pour garder le contrôle dans ces contextes. Notre étude offre une nouvelle perspective en examinant la communication par plusieurs points de vue, surtout en montrant la nécessité pour les infirmières, de respecter le territoire et les besoins des patients et de leurs familles.</p> <p>Les rôles sont formés par les lieux et reproduits dans certains lieux et le pouvoir se place en renforçant le langage dominant de ces rôles. Nos résultats confirment cela car les familles racontaient l'histoire de leur maladie plutôt que la maladie en elle-même. Les infirmières font également de grands efforts pour adapter leur positionnement et leur langage selon les expériences des patients, mises en lumière par leur environnement. Cela peut être unique à domicile, comment les infirmières et les patients utilisent le langage pour co-crée les soins. Une étude constate que les infirmières cherchent bien s'adapter aux cultures des milieux institutionnels, mais ne ressentent pas la nécessité de s'adapter aux patients.</p> <p>Dans cette étude, les patients étaient en demande des connaissances des infirmières, ce qui les maintenait dans une position de pouvoir. Les infirmières adaptent souvent leur langage selon les types d'interactions : plaisanteries informelles, enseignement sur les médicaments. Elles considéraient pour cela les émotions des patients et leur potentiel de compréhension. L'humour est aussi présent pour alléger les tensions et les gênes. C'est une composante importante dans la création de la relation. Le langage utilisé varie considérablement entre les visites et au sein d'une visite, ce qui démontre l'influence de l'environnement.</p>
Implications pour la pratique infirmière	L'environnement du domicile crée une dynamique particulière dans la relation patient-infirmière. Les infirmières sont partagées entre leur rôle d'invité et de professionnel et les patients entre celui de client et d'hôte. → attentes parfois contradictoires. Reconnaître cette complexité des rôles à domicile peut permettre une amélioration de la pratique, dans le développement de la relation de confiance et le respect nécessaire à domicile. Connaître les significations des familles de comment ils voient les « invités » peut permettre d'alléger le travail des infirmières et éviter un stress supplémentaire à domicile. Les patients apprécient aussi le respect de limites à l'intérieur de la maison (espaces privés). Les limites sont essentielles à connaître et d'en discuter afin de créer une bonne relation. Étant donné l'essor des SAD, des programmes spécifiques de formation doivent être créés afin de faciliter la création de relation à domicile. Les pratiques en soins infirmiers doivent permettre au patient de comprendre leur situation afin de consentir à ses soins. À domicile les infirmières disposent d'indices supplémentaires lui permettant d'aller dans ce sens. Avoir conscience que le langage est un puissant outil et savoir l'utiliser est un plus pour la pratique.

Recherches à développer	D'autres études pourraient être effectuées dans un environnement clinique différent afin d'approfondir les intersections langage-place-soins. Une analyse visuelle (film), parallèle au discours, pourrait aussi approfondir ces connaissances. D'autres recherches permettraient de confirmer les résultats présentés ici.
Limites	<p>Résultats difficilement généralisables car :</p> <p>Les infirmières participantes étaient confiantes dans leur travail, celles qui ne l'étaient pas n'ont pas participé.</p> <p>Les familles participantes étaient celles avec qui les relations étaient déjà bonnes</p> <p>4 patients sur 5 étaient en situation palliative et il a été démontré que les infirmières sont plus accommodantes dans ces situations.</p> <p>Etude ethnographique comporte une part de subjectivité du chercheur (sur les notes de terrain). Cependant, le guide d'observation et les entretiens qui ont permis de préciser les observations augmentent la rigueur de la collecte de données.</p>
Conclusion	<p>Les résultats montrent que le domicile comme contexte de soins influence le langage durant les interactions et influence les soins.</p> <p>Ces résultats peuvent être utilisés pour optimiser les pratiques de SAD, surtout ceux relatifs aux relations de confiance et de respect avec les clients, en soulignant le pouvoir du langage utilisé.</p> <p>Une meilleure compréhension du langage par rapport à un contexte donné contribue à améliorer les échanges et les interactions.</p>

32 GRILLES E10

L'émergence de la proximité relationnelle à la faveur de l'intervention à domicile: ouvertures et tensions dans la relation clinique

Crevier M., Couturier Y. et Morin P. @ Québec, Canada
Nouvelles pratiques sociales, vol. 23, n° 1, 2010, p. 177-191.

32.1 GRILLE D'ANALYSE CRITIQUE

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Analyse objective	Analyse subjective
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X		X	Le phénomène étudié est clair : la proximité relationnelle dans les soins à domicile. La population n'est cependant pas décrite et le contexte de l'intervention n'est très précis non plus.	Bien car montre directement aspects positifs (ouvertures) et négatifs (tensions). Aspects négatifs : pas très précis par rapport à la population et au contexte.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X		X	L'introduction est présente (augmentation du nombre de services à domicile) ainsi que la particularité du contexte du domicile (convivial et privé). La méthode qualitative est mentionnée et la théorie des conventions sera utilisée comme cadre théorique.	La Pico est plus clair grâce au résumé. Il n'est cependant pas beaucoup étoffé, il manque par exemple le nombre de participants à l'étude.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Les auteurs mettent en avant le contexte particulier du domicile, lequel participe au sens de l'intervention. Ils veulent explorer de quelle manière les intervenants sociaux utilisent la proximité relationnelle (plus grande à domicile) comme « outil » d'intervention.	Bonne introduction avec présentation des différentes étapes de la structure de l'article
Recension des	-Résume-t-elle les connaissances sur le	X			La recension des écrits quadrille le phénomène étudié. Le contexte des SAD est développé (réorganisation du	Recension juste suffisante au niveau des sources : une seule référence pour les

écrits	problème ou phénomène étudié ?				système socio-sanitaire et revalorisation des services de proximité). La particularité de la proximité relationnelle à domicile est bien documentée (quatre sources) et développée en tant que concept.	aspects socio-politiques québécois et une seule également pour la théorie des conventions.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			La théorie des conventions (Boltanski et Thévenot, 1991) est utilisée comme cadre théorique. Elle permet de comprendre comment les gens interagissent socialement en catégorisant leurs actions au-travers de six régimes d'actions, qui, par leur sens, guident les actions de tout un chacun. L'étude s'inscrit, avec ce cadre, dans le paradigme interactionniste de la sociologie, dans son tournant pragmatique. La proximité relationnelle , spécifique au contexte du domicile est également utilisée comme cadre théorique.	Le cadre théorique est bien en lien avec la problématique, le thème des relations à domicile s'inscrivant dans une problématique sociale . Liens avec M. Nadot et IC entre les différents mondes!! Cette approche est très intéressante et met en évidence les symboliques du monde du domicile .
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?			X	Les questions sont sous-jacentes. Les auteurs semblent vouloir valoriser les soins à domicile dans ce contexte qui n'est pas juste un décor. Une question pourrait être : Comment situer l'action professionnelle dans cette nouvelle composition des mondes ? Y a-t-il une reconstruction du sens de l'intervention ?	Dommage que les questions ne soient pas plus clairement formulées.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Les questions découlent bien de l'état des connaissances et se basent sur la théorie des conventions (configuration particulière des mondes à domicile). La recherche de la modification du sens de l'intervention et le but de valoriser découlent elles-aussi de l'état des connaissances qui met en lumière l'augmentation du nombre d'interventions à domicile.	Suite logique dans la problématique.
Méthodes Tradition et devis de	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées			X	Étude qualitative, secondaire à une recherche de Morin et al. (2009) Echantillon par choix raisonné en visant la diversité	Cette étude étant une analyse secondaire, il est possible que la méthode de recherche ait été mieux décrite dans le premier article

recherche	pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?				(Patton, 2002). Le devis qualitatif n'est pas précisé, l'étude, s'inscrivant dans un paradigme sociologique, semble néanmoins être une théorisation ancrée. Le temps passé sur le terrain semble adéquat (60 à 120 minutes par entretien).	de Morin et al. (2009) En effet, ici, la méthode n'est que brièvement décrite.
Popula- tion et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			10 intervenants psycho-sociaux professionnels à domicile, 6 hommes et 4 femmes, 3 formés en psycho-éducation, 5 travailleurs sociaux et 2 psychologues. 6 usagers (3 hommes et 3 femmes) recevaient service de soutien à domicile (2), programme enfance (3), santé mentale (1). Région Sherbrooke et Montréal.	Petite population (n=16), mais diverse et bien décrite. Inclusion même si ce n'est pas des infirmières, car la problématique rejoint notre thème.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Pas mentionné	Jamais mentionné !
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Entretiens semi-dirigés de 60 à 120 minutes	Très peu décrits !
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Les entretiens semi-dirigés sont un bon moyen d'étudier les phénomènes relationnels.	Correspond au phénomène étudié.
Déroule- ment de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des			X	La procédure de recherche est peu détaillée. Les auteurs ont repris des données issues d'une première étude et ont fait une analyse secondaire. Les aspects éthiques reliés aux participants ne sont pas	Procédure peu détaillée Pas d'aspects éthiques mentionnés

	participants (éthique) ?				mentionnés ce qui constitue une limite de l'étude.	
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?			X	La méthode de récolte et d'analyse des données sont décrites à minima. Cependant, les concepts utilisés et le phénomène sont intéressants et bien en lien. Le fait que cette étude soit une analyse secondaire, ainsi qu'elle soit co-écrite par trois auteurs universitaires, dont Morin qui a participé à l'étude primaire, nous décide à prendre en compte cette étude. La population est relativement bien décrite, ce qui permet d'augmenter les possibilités de transférabilité.	Rigueur minimum dans la description de la méthodologie (due à analyse secondaire ?)
Résultats Traite- ment des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?			X	Approche inductive avec la méthode d'analyse de contenu (Paillé et Mucchielli, 2005) qui a permis de faire des catégories conceptuelles, en lien avec la proximité relationnelle. Focus particulier mis sur l'impact du contexte du domicile dans la rencontre clinique. La méthode est mentionnée, mais n'est pas décrite concrètement.	Il manque une description plus complète et concrète de l'analyse. Bon point : les auteurs suivent une méthode d'analyse de contenu.
Présenta- tion des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		X	Les résultats sont catégorisés par thèmes et sous-thèmes, dans un classement en 2 catégories : ouvertures et tensions dans les interventions à domicile et les compétences pragmatiques à domicile. Les auteurs ne mettent cependant pas bien en évidence la 2ème catégorie qui s'insère dans chaque sous-thème. La dualité ouvertures et tensions ressort plus clairement. 1. Ouvertures offertes : L'intervention à domicile facilite l'évaluation psycho-sociale, favorise la création d'un lien de confiance, brise l'isolement de l'usager, atténue la relation de pouvoir et permet ainsi de valoriser l'usager. 2. Tensions suscitées : Le domicile correspond à un	Parfois peu clair dans la structure avec les introductions qui « embrouillent » les résultats. Pas très clair dans leur catégorisation. Manque un tableau récapitulatif. Évaluation, pouvoir diminue, valorisation Espace habité qui crée tensions → identité ?

					espace habité. Son accès crée des tensions car la proximité relationnelle est plus grande que celle habituellement convenues par intervention. Ce sont ces écarts entre les systèmes de conventions qui créent les tensions. Les tensions ressorties sont : la confusion des rôles professionnels, l'introduction dans la vie privée, le développement de sentiments affectueux ou amoureux. Finalement, surajoutées à ces tensions il y a aussi celles liées à l'organisation de l'institution de l'intervenant : rôle de dépisteuse, méfiance de l'usager, outil d'évaluation.	<p>Confusion des rôles, distances → compétence particulière = ajuster les distances malgré contexte convivial.</p> <p>Outil d'évaluation = frein</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Chaque résultat est mis en lien avec la théorie des conventions.	Excellents liens théorie-résultats
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?		X		Ce point n'est pas abordé par les chercheurs. Généralisation difficile, à cause du manque de rigueur des auteurs dans leur méthodologie de recherche. Cependant leurs liens avec les concepts sont pertinents et se rejoignent et de ce fait renforce la crédibilité et la généralisation des résultats.	Point manquant. Généralisation possible grâce à autres résultats similaires.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		Les limites ne sont pas mentionnées. Nos limites observées sont mentionnées en fin d'analyse (cf. ci-dessous)	Point manquant.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			X	Ils mentionnent la nécessité d'effectuer plus de recherches dans ce domaine.	Pourrait être plus précis.

Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	L'article présente des lacunes sur le plan méthodologique et structurel. Malgré cela il est possible de l'analyser minutieusement.
Évaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X		X	Les résultats font suite à une analyse en profondeur et non une étude visant à faire des généralisations. La population est relativement grande et le fait d'avoir le point des soignants et des patients renforce l'exploration en profondeur des données. L'article offre d'excellentes pistes de compréhension de la complexité de la relation à domicile.
Limites de l'étude	La population comprend des travailleurs psycho-sociaux et non pas des infirmières. Inclusion dans notre BT car correspond à la problématique relationnelle rencontrée à domicile. Pas de saturation des données mentionnée Pas de considérations éthiques mentionnées. Procédure (méthodologie) peu détaillée Les auteurs n'abordent pas la question de la généralisation des résultats, ni les limites de l'étude.				

32.2 GRILLE TRADUCTION-RÉSUMÉ

L'émergence de la proximité relationnelle à la faveur de l'intervention à domicile: ouvertures et tensions dans la relation clinique Crevier M., Couturier Y. et Morin P. @ Québec, Canada Nouvelles pratiques sociales, vol. 23, n° 1, 2010, p. 177-191.	
Enoncé du problème	De quelle manière les intervenants sociaux utilisent la proximité relationnelle (plus grande à domicile) comme « outil » d'intervention.

	Configuration particulière des mondes à domicile. Les questions semblent sous-jacentes. Les auteurs semblent vouloir valoriser les soins à domicile que ne sont « plus importants qu'ils n'y paraissent ». Ils mettent aussi en avant le fait que le domicile n'est pas le décor de l'intervention, mais qu'il construit majoritairement le sens de l'intervention.
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Proximité relationnelle: plus grande proximité relationnelle à domicile : compétences moins techniques et plus praxéologiques (=savoir-faire efficaces) qu'en institution → relation de confiance, distance relationnelle adéquate sont faits plus ou moins consciemment. Etude des régimes d'action lors des interventions psycho-sociales à dom (des intervenants et des usagers)-Systèmes de normes donnant un sens aux actions de chacun, complexité des univers de sens. Utilisation de la théorie des conventions de Boltansky et Thévenot (1991) qui ont étudié des régimes d'actions → issue du tournant pragmatique de la sociologie, paradigme interactionniste.</p> <p>Théorie des conventions: Selon Boltansky et Thévenot (1991) il existe 6 régimes d'actions (ou mondes) qui permettent de comprendre comment les personnes interagissent dans la vie sociale : les mondes marchand, industriel, domestique, de l'opinion, civique et de l'inspiration. Le domicile comme lieu d'intervention plus qu'une institution modifie les mondes de référence. En effet le bénéficiaire étant sur son terrain symbolique peut davantage faire valoir ses mondes. A domicile principalement 3 mondes :</p> <p>Le monde industriel : actions reposant sur l'efficacité et la productivité des individus, selon méthodes scientifiques. Le monde civique : importance donnée à la collectivité, bien commun. Actions visant à stabiliser les individus à l'intérieur des systèmes de normes partagées. Le monde domestique : considère les objets relationnels. Mise en avant des traditions, de la famille, l'intimité.</p> <p>La relation de proximité à domicile se joue beaucoup dans ce monde : intimité plus proche de l'utilisateur → ouverture et imprévisibilité spécifiques à cet espace. L'intervenant rejoint l'univers de sens du patient qui a dès lors plus le « droit de cité » qu'en institution.</p>
Devis de recherche	Etude qualitative
Population et contexte	10 intervenants psycho-sociaux professionnels à domicile, 6 hommes et 4 femmes, 3 formés en psycho-éducation, 5 travailleurs sociaux et 2 psychologues. Secteurs de travail : soutien à domicile, programme enfance/jeunesse/famille, santé mentale. 6 usagers (3 hommes et 3 femmes) recevaient service de soutien à domicile (2), programme enfance (3), santé mentale (1). Tous les participants viennent de la région Sherbrooke et Montréal
Collecte des données Analyse des données	Entretiens semi-dirigés. Approche inductive avec la méthode d'analyse de contenu (Paillé et Mucchielli, 2005) qui a permis de faire des catégories conceptuelles en lien avec la proximité relationnelle. Focus particulier mis sur l'impact du contexte du domicile dans la rencontre clinique. La méthode est mentionnée, mais n'est pas décrite concrètement
Résultats	Classement en 2 catégories : Ouvertures et tensions liées au domicile. Ouvertures = établissement d'une relation de confiance qui permet de renouveler l'intervention. Connaissance fine des conditions de vie. Tensions = domicile = espace habité. Accès au domicile créé des tensions car plus grande proximité relationnelle que celle habituellement convenues par intervention → écarts entre systèmes de conventions créent tensions. Compétences pragmatiques appliquées à domicile. Savoir-faire des professionnels dans ce contexte particulier.

1. Ouvertures	L'intervention à domicile facilite l'évaluation psycho-sociale, favorise la création d'un lien de confiance, brise l'isolement de l'utilisateur, atténue la relation de pouvoir ce qui valorise l'utilisateur. Tous ces thèmes sont plus intenses à domicile qu'en milieu hospitalier. Forte intensité : la relation professionnelle est plus subjective, plus proche du sens de l'utilisateur ce qui optimise l'efficacité de l'intervention. Intensité relationnelle → relation plus humaine. Problèmes éthiques aussi : intrusion espace privé. Monde du domicile prime sur le monde industriel → actions sont modifiées.
1.1 Facilite l'évaluation psycho-sociale	Le domicile accélère l'évaluation grâce aux observations plus détaillées et plus justes, habitudes de vie mieux ciblées. Les utilisateurs ont aussi l'impression qu'ils comprennent mieux leur situation à domicile.
1.2 Favorise lien de confiance	Liens sont mieux car : plus ancrés dans subjectivité de l'utilisateur, proximité relationnelle : liens plus chaleureux, issus d'une meilleure connaissance de l'histoire du patient (plus visible aussi), alliance plus adéquate. De la part des utilisateurs, la proximité atténue la peur et la méfiance par rapport aux institutions. Facilitent aussi la continuité des soins.
1.3 Briser l'isolement de l'utilisateur	Lorsque le patient ne reçoit peu ou pas de visites, l'intervenant devient un membre du réseau social de l'utilisateur et est parfois le seul contact social. L'intervention ne vise pas une performance mais à un but humain, peu reconnu en institution.
1.4 Atténuer la relation de pouvoir	Atténue la relation de pouvoir, mais relation reste professionnelle. Cela nécessite une maîtrise de la distance adéquate par le professionnel, intervenant doivent se mettre sur un même pied d'égalité. Contexte informel à dom : plus chaleureux et convivial (comme à la maison, un café ?) / !\ risque confusion des rôles, et de basculer dans l'intimité.
1.5 Source de valorisation pour utilisateur	Se sent reconnu car professionnel se déplace pour lui régulièrement → renforce le lien
2. Tensions	2. 1. Tensions liées au rôle professionnel. 2.2. Tensions en lien avec le rapport du prof et son institution → inhérentes à l'activité, incessantes et complexes. Dues à présence du monde domestique dans l'intervention.
2.1. Confusion des rôles professionnels	Frontières relationnelles moins claires à domicile. Tension entre les exigences professionnelles et éthiques et, d'un autre côté, volonté des utilisateurs de se rapprocher de l'intervenant en tant qu'être humain. Volonté accentuée par le contexte non-institutionnel. Utilisateur peut avoir le sentiment qu'il est unique. Intervenant doit être prudent et affirmer sa position de professionnelle, nécessaire pour les 2 parties.
2.2 Introduction dans la vie privée	Malaise des intervenants à entrer dans vie privée : risques éthiques et sécurité. Tension : opposition de la logique domestique (désir de se rapprocher) et logique d'action civique (code déontologique). Dilemme : lien de confiance plus intense à domicile et respect d'une distance

	professionnelle adéquate. D'un côté peur de susciter rejet et de l'autre peur d'envoyer message flou ou ambigu à l'utilisateur.
2.3 Développement de sentiments affectueux ou amoureux	Sentiments peuvent naître de cette proximité et créent ambiance de séduction et tensions. Rétablir continuellement bonne distance à domicile = charge mentale importante à domicile. Compétences particulières : cette capacité à ajuster les distances malgré contexte convivial
2.4 Tensions intervenant et organisation	Tensions surajoutées par rapport à organisation qui correspond au monde industriel et civique. Liées au risque d'intrusion de l'institution dans l'intimité de l'utilisateur. Un rôle de dépisteur de l'intervenant rompt le lien de confiance. Intervenant peut être perçu comme une menace (intrusion dans son monde) → méfiance → précaution +++ des professionnels. Usagers peuvent se sentir envahis. Intervention à domicile est pleine d'équivoques : relation moins institutionnelle, plus efficace, mais paradoxale car confronte système de conventions, équilibre complexe et variable, entre espoirs et craintes. Dilemme pour l'intervenant entre la logique d'action industrielle (nombre de dossiers à traiter, critères de productivité) et espace domestique qui est rempli d'imprévu où sa volonté est de créer un lien de confiance et d'humaniser avec usager. Outils d'évaluation = détonne dans l'intervention, instruments entravent le lien.
Considération méthodologique	Aucune.
Conclusion	Confusion des rôles plus présente à domicile qu'en institution, mais, à domicile, l'offre en soins est plus fine car plus sensible au sens de l'utilisateur. Tensions issues des problèmes éthiques liés à l'intrusion, mais en même temps permet un rééquilibrage des pouvoirs dans la relation. Cela semble aussi accentuer la participation du patient. Meilleure connaissance du milieu peut favoriser les interventions, mais contexte encore peu exploré.